# Reviravolta na Saúde

origem e articulação
do movimento sanitário

# Reviravolta na Saúde

origem e articulação
do movimento sanitário

Sarah Escorel

ISBN: 85-85676-57-4

1ª edição: 1999
1ª reimpressão: 2009

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica original
*Guilherme Ashton*

Editoração eletrônica (reimpressão)
*Daniel Pose*

Revisão, copidesque e preparação de originais
*Fernanda Veneu*

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

---

E74r    Escorel, Sarah
Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. / Sarah Escorel. – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 1999.
208 p.
1. Política de saúde-história. 2.Planejamento em saúde-história.

CDD - 20.ed. – 614.440981

---

2009
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9007 / Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

A Juan Cesar Garcia
e Giovanni Berlinguer,
'padrinhos' do movimento sanitário

Ao Sergio,
pela paixão da vida em comum

A todas as mulheres do mundo,
mas principalmente às minhas três:
Lara, Nina e Luna

## Mãos dadas

Carlos Drummond de Andrade

Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Não serei o cantor de uma mulher, de uma história,
não direi os suspiros ao anoitecer, a paisagem vista da janela,
não distribuirei entorpecentes ou cartas de suicida,
não fugirei para as ilhas, nem serei raptado por serafins.
O tempo é a minha matéria, o tempo presente, os homens presentes,
a vida presente.

## Coisa mais maior de grande (pessoa)

Gonzaguinha

Enquanto eu acreditar que a pessoa
é a coisa mais maior de grande,
e na sua riqueza revoluciona, ensina,
pelas aulas do tempo aprende, revolta por cima,
eu vou cantar por aí,
eu vou cantar por aí.

# Sumário

# Prefácio

Falo assim sem saudade
Falo assim por saber
Se muito vale o já feito
Mais vale o que será
E o que foi feito
É preciso conhecer
Para melhor prosseguir

(*O Que Foi Feito Deverá*, Milton Nascimento e Fernando Brant)

*Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário* é um relato apaixonado e, ao mesmo tempo, crítico, rigoroso sobre os movimentos sociais da saúde no Brasil. Ocupa uma lacuna no estudo das políticas de saúde quando desloca o foco de análise do Estado para o 'movimento de pessoas', forças vivas da sociedade civil. Recupera, desse modo, o outro lado da história – as classes populares – mesmo que por meio da prática social de seus possíveis aliados.

Espero que este livro de Sarah Escorel provoque no leitor a mesma emoção que tive ao lembrar de tantos companheiros que foram sujeitos desse movimento tomado como objeto de estudo. Dos que juntaram o afeto, o saber e a prática política, combateram o autoritarismo e contribuíram para a transição rumo à democracia.

*Reviravolta na Saúde* é o nome dado ao estudo das lutas sociais e dos seus fundamentos na história recente da saúde no Brasil. Desvela o significado da 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) – ao proporcionar o encontro, em 1976, na Universidade de Brasília, entre docentes, estudantes e cientistas que buscavam a democratização do País e acreditavam na possibilidade de o trabalho acadêmico apoiar as lutas do povo brasileiro. Essa reunião, apesar dos riscos face ao autoritarismo do regime e à vigilância dos órgãos de Informação, indicava o renascer da sociedade civil. Na área da saúde apresentava alguns 'estudos estranhos', aparentemente dissonantes em relação às ciências da vida hegemônicas (biologia, medicina, psicologia), sendo transferidos para a seção de sociologia e antropologia. Temas como 'o ensino da medicina preventiva no Brasil', 'o cuidado médico', 'campanhas sanitárias e sua institucionalização', 'medicina da comunidade', 'a puericultura enquanto

prática social', 'indicadores de saúde no Brasil: relações com variáveis econômicas e sociais', 'a norma da saúde', 'a medicina social e a constituição da psiquiatria brasileira' e 'padrões de consumo de medicamentos', entre outros, apontavam algo novo na produção de conhecimentos da área.

Por que o aparecimento dessas temáticas e dos seus pesquisadores na reunião da SBPC? Por que jovens egressos do curso de especialização em saúde pública de São Paulo e os autores desses 'estudos estranhos' resolveram criar a *Revista Brasileira de Medicina Pública,* posteriormente publicada com o nome de *Saúde em Debate*? Qual a relação desses fatos com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o Simpósio de Política Nacional de Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde e com o projeto de Reforma Sanitária?

Neste livro encontram-se muitas respostas para essas questões. Sarah consegue prender a atenção do leitor e estimular a sua reflexão ao desvendar os acontecimentos e ao registrar detalhes dessa História. Descreve e explica as relações entre o movimento sanitário emergente e as forças sociais que lutavam – e continuam lutando – por um país livre e justo.

Enquanto o regime silenciava os derrotados, no dizer da autora, o movimento sanitário inspirava-se na 'voz' abafada das classes populares. O Cebes nascia no mesmo ano em que uma música soava pelo Brasil expressando algo que o movimento sanitário queria dizer para a classe trabalhadora:

> Nós somos apenas vozes
> Nós somos apenas nós
> Por exemplo,
> Apenas vozes da voz
>
> Nós somos apenas vozes
> Ecos imprecisos do que for preciso
> Impreciso agora
> E preciso, tão preciso, amanhã ...

(*Nós por Exemplo*, *Gilberto Gil*)

Estes "ecos imprecisos" do que foi preciso fazer na conjuntura pós-74, em que o Estado Autoritário-Burocrático buscava legitimação por meio de políticas sociais, foram-se estruturando, segundo Sarah, por intermédio do movimento estudantil e do Cebes, da vertente dos movimentos dos Médicos Residentes e da Renovação Médica e, também, pela Academia.

A criação de espaços institucionais pelo governo para implementar as políticas sociais em um momento de rearticulação da sociedade civil e de

crescimento das oposições ao regime, constituiu um contexto favorável ao movimento sanitário. A crítica à ideologia preventivista, efetuada na primeira metade da década de 70, permitiu que um movimento ideológico se desdobrasse em práticas políticas para a mudança na saúde e num campo de produção de conhecimentos, reconhecido atualmente como saúde coletiva.

A conjuntura estudada pela autora foi caracterizada "não por uma transformação do modelo do Sistema Nacional de Saúde e sim por uma alteração na arena política da saúde". Esta, juntamente com o aprofundamento da crise do setor vão favorecer, posteriormente, o aparecimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do projeto de Reforma Sanitária.

Ao dispor de uma concepção ampliada de saúde, difundindo uma consciência sanitária que se enfrenta com o caráter patogênico do capital, o movimento que pensa e tece a democratização da saúde no Brasil revigora-se com estudos como o produzido por Sarah EscoreI e, uma vez impulsionado pelas forças sociais fundamentais, pode superar os "ecos imprecisos" e transformar-se em novo instrumento de luta mais preciso, "tão preciso, amanhã"...

Jairnilson Paim
*Professor adjunto, Mestre em Medicina*
*Instituto de Saúde Coletiva*
*da Universidade Federal da Bahia (UFBA)*

# Apresentação

"Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado"

Ao iniciar a elaboração da dissertação de mestrado[1], pretendia pesquisar e refletir sobre o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro a partir de 1983. Já naquele momento as AIS me interessavam particularmente porque representavam uma política de fortalecimento do setor público, realizada pela instituição hegemônica na assistência médica (Inamps), de âmbito nacional, com recursos e possibilidades reais de modificação da prática financeira, uma diretriz de longa data de um 'movimento de pessoas', então conhecido como 'Partido Sanitário'.

Comecei a elaborar este trabalho em março de 1986, mês da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Foi um momento de grande visibilidade do movimento sanitário. As intensas discussões de um plenário em que se reuniram mais de quatro mil pessoas tiveram como princípio um lema – parcialmente modificado – que há muito orientava as propostas transformadoras do setor saúde. Enquanto no período do autoritarismo as propostas tinham como diretriz fundamental 'Saúde e Democracia', na VIII CNS, estava estampado em grandes painéis: 'Democracia é Saúde'.

O marco temporal do projeto era o governo Figueiredo (1979-1985), último do regime militar, caracterizado pela desintegração parcial de um sistema de poder instituído no País por mais de vinte anos. Mas tanto o 'movimento de pessoas' quanto a política de saúde mostravam referências muito claras de que o seu processo de construção era anterior a essa conjuntura. E fui mais atrás, procurando as origens...

Parece-me que toda pesquisa, em certo momento, leva o pesquisador por caminhos que fogem ao seu objetivo inicial. Isto aconteceu comigo: os depoimentos me orientavam para uma clara demonstração de que as AIS não constituíam apenas uma política nascida da crise financeira previdenciária, mas por uma postura ativa desse 'movimento de pessoas', orientada pela mesma diretriz de unificação do sistema de saúde que já havia norteado outras propostas em anos anteriores. À medida que ia trabalhando no assunto ficava claro que as AIS representavam a possibilidade

---

[1] Trabalho realizado sob a orientação do Professor Dr. Sergio Arouca, titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), que na ocasião exercia a presidência da Fundação Oswaldo Cruz.

de implementação de princípios e estratégias já delineados e/ou implementados no Prev-Saúde, no Piass, no Projeto Montes Claros e em outras experiências municipais.

No processo de elaboração deste trabalho, as perguntas que se revelaram cruciais; passando assim a objetos do estudo, foram: que movimento era esse, que tinha atingido tal nível de organização e que não configurava um partido apesar de ser assim denominado? Como estava constituída essa frente de pessoas e entidades? Como havia atingido essa organização? Como tinha construído suas propostas?

Enquanto pesquisava e escrevia sobre uma história passada, vivia um presente em que a luta se mantinha e o movimento sanitário se transformava. Quando entreguei a tese, ainda não tinha sido aprovado o texto constitucional que atualmente garante, ainda que teórica e não cotidianamente como gostaríamos, o direito de todo habitante de nosso país à saúde. Tratar deste tema significou trabalhar simultaneamente com passado, presente e futuro.

Gostaria muito de poder, como Paulo Cavalcanti, parafrasear os versos nordestinos: "a história eu conto como a história foi – o ladrão é o ladrão e o boi é o boi". Mas na verdade isso é quase impossível, e conto da história a parte que sei: a minha visão parcial – de carioca e 'enspiana'[2]. Como se trata de um movimento vivo, com muitos atores e visões, várias outras versões poderão ser contadas.

Esta minha versão tem a pretensão de sistematizar um momento e registrar um movimento. Ao longo dos capítulos, tentei mostrar e analisar o retrato de um momento – de 1974 a 1978/9 – de um determinado movimento na área de saúde, optando por traçar e analisar um panorama horizontal. Trata-se realmente de um estudo conjuntural, em que se recorre a textos, documentos oficiais, revistas e periódicos, para buscar diferentes análises e, principalmente por meio de depoimentos, juntar os 'pedaços da história' – os cacos de um vitral – vista pelos próprios participantes. Grande parte da bibliografia utilizada é fruto do próprio desenvolvimento científico e acadêmico do movimento sanitário, e em muitos dos depoimentos as histórias pessoal, profissional e política se confundiram. Desta forma, é natural que este trabalho tenha seus limites, assim como suas parcialidades.

Para 'batizar' a tese, inspirei-me em uma declaração do então Secretário de Saúde do Estado da Bahia, Luís Umberto Ferraz Pinheiro, quando da implantação de um distrito sanitário: "A Reforma Sanitária é a reviravolta na Saúde", sintetizando, a meu ver, o objeto das minhas pesquisas.

Depois de estudar o tema, fiquei realmente convencida de que, quando todo esse movimento surgiu e se desenvolveu, houve uma reviravolta, uma mudança – ainda que lenta – na maneira como é conhecido, tratado e discutido o assunto 'saúde' neste país. Desde sua origem, nos 'anos Geisel', o

---

[2] 'Enspiana' – formada pela Ensp.

movimento sanitário vem transformando os conceitos, incorporando a política à análise e à prática da saúde, lutando pela modificação do panorama de atendimento e pela melhoria das condições de saúde da população brasileira.

Rio de Janeiro, setembro de 1987

---

Em 1989, algumas pessoas foram as grandes estimuladoras para que a tese virasse livro e mesmo não tendo dado certo, agradeço o empenho de Márcio Almeida, da Diretoria e Conselho Editorial do Cebes (gestão 87/ 89). Cinco anos depois da defesa surgiu novamente a possibilidade de publicar a tese. Muita coisa se modificara, e tentei 'atualizar' a história do movimento sanitário no último capítulo.

A promulgação da Constituição, as eleições presidenciais e os primeiros anos do governo Collor marcavam um panorama extremamente diferenciado. Por um lado, o lema 'Saúde é um Direito de Todos e um Dever do Estado' deixara de ser uma utopia de comunistas e socialistas para tornar-se um preceito constitucional e lema de propaganda governamental; por outro, a busca da operacionalização desse direito – longe de ser verificada – introduzira novas questões, novos conflitos e novas dificuldades. As vitórias políticas, para as forças progressistas significam novas responsabilidades sociais. Portanto, desafios são colocados a cada passo da unidade dialética saber – ideologia – prática que caracteriza o movimento sanitário.

Às portas da IX CNS, o movimento sanitário, transformado, defrontava-se com uma problemática bem distinta daquela que se apresentava no seu apogeu, por ocasião da VIU CNS. Essa nova problemática, porém, foi construída no decorrer desse processo histórico e é produto da própria luta de um movimento que se transforma no interior de uma sociedade também em transformação.

Para iluminar a estrada é sempre bom olhar para trás e refletir sobre o nosso próprio processo de construção. Espero que olhar para um período tão difícil, mas no qual crescemos tanto, seja útil para que sigamos em frente.

Aproveito para agradecer. Para a elaboração, edição e defesa da tese, muita gente me ajudou: na elaboração, meu orientador Sergio Arouca, Adolfo Horácio Chorny, Célia Leitão Ramos, Sônia M. Fleury Teixeira, todos os entrevistados, Célia Almeida, Vera Moreira Lima e projeto Radis; na datilografia, Maria das Graças da Silva Mendonça e Maria Ismenia Gomes do Rego; na revisão das citações bibliográficas, Jussara Long; no apoio do dia a dia Monireh Obbadi, Eduardo Oliveira, Vilma Couto e Silva, Pedro Arouca, Bia Braga e Hermínia Victoria Coelho dos Santos.

Joaquim Cardoso de Melo, Guilherme Rodrigues dos Santos e Adolfo Horácio Chorny, que fizeram parte da banca, não só compartilharam da minha visão como também contribuíram para a análise com informações incorporadas

nas revisões do texto. Ainda em 1989, Jairnilson Paim e Joaquim Cardoso de Melo aceitaram o convite para escrever as apresentações do livro e carinhosamente me brindaram com os textos apresentados como prefácio e posfácio, respectivamente. Para essa versão do trabalho agradeço o apoio da Ensp que viabilizou a digitação do texto por Luís Fernando Augusto de Oliveira, à Eliana Sabino que fez a revisão gramatical e de estilo, tornando o texto mais leve e agradável de ler, e aos meus companheiros de trabalho no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes) – Sônia Fleury, Lígia Giovanella, Maria Helena M. Mendonça, Marilene Castilho de Sá durante o primeiro ano, e todos os bolsistas de iniciação científica e aperfeiçoamento do CNPq que participaram da pesquisa sobre as AIS no Estado do Rio de Janeiro[3].

Rio de Janeiro – Brasília, junho-novembro de 1991

---

Novamente surge a possibilidade de publicação da tese de mestrado. Os pareceres positivos para publicação pela editora Fiocruz enfatizaram o caráter histórico do texto e sugeriram modificações na parte IV – Reviravolta na Saúde, dela retirando comentários conjunturais e superados. A presente versão foi revista e modificada, principalmente nessa parte, mas não foi feita uma nova atualização da trajetória do movimento sanitário e a análise se encerra em 1990.

Novamente revejo e refaço esta apresentação. Ao invés de suprimir, optei por datar cada trecho escrito. Refaço também minha lista de agradecimentos, já que agradecer não é um ato formal. Trata-se de registrar quem foram os companheiros, amigos e cúmplices nessa jornada, desse processo tão longo de pensar – escrever – elaborar – defender – pensar – rever – tentar publicar – rever – que já leva uma década.

Em todos os momentos algumas pessoas se repetem: meus pais, Sarah e Lauro Escorel de Moraes, minhas filhas Lara, Nina e Luna e o pessoal de casa e do coração. Eles 'seguram as petecas' do cotidiano, invisíveis neste trabalho, mas sem as quais eu não poderia ter chegado ao fim: Vilma, Bia, Celinha e Eduardo. A todos minha profunda gratidão.

Rio de Janeiro, março de 1998

---

[3] "Avaliação comparativa do processo de implantação e desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS): estudo de caso do Estado do Rio de Janeiro", desenvolvido no âmbito do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (Nupes/Ensp/Fiocruz), financiado por Finep e CNPq, entre junho de 1989 e julho de 1991.

# Posfácio

Escrever sobre este livro é uma tarefa prazenteira e prazerosa: é falar dos muitos agrados que sua leitura me proporcionou. Um foi ter tido a honra de participar da banca examinadora da defesa desta tese. Outro, foi o título – *Reviravolta na Saúde* – tão desejada, tão presente, que ainda conserva o calor das mãos dadas, daqueles que já se foram e daqueles que foram tirados do nosso convívio. Agrado pela dedicatória a Juan César Garcia, 'padrinho' do movimento sanitário, com o poema de Drummond; pela dedicatória às mulheres, e particularmente às três filhas, "únicos e definitivos poemas" – Lara, Nina e Luna: esta, vida gerada com este outro poema que se faz vida – este livro; a dedicatória ao Arouca, companheiro, orientador da tese, co-autor e um dos principais protagonistas desta outra poética que é a do movimento sanitário. Toda essa poética no interior de uma poética maior – a criação, construção do real, da existência, da História. Agrado e emoção ainda pelas lembranças suscitadas em mim, um dos figurantes deste movimento: os anos da Faculdade de Saúde Pública, no departamento de medicina preventiva e social da Unicamp, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; uma vida, uma vivência, uma existência.

Agrado pela oportunidade do livro. A análise do movimento sanitário no período que vai de 1974 a 1979 não só contribui para a sua compreensão, do que foi, mas, e talvez principalmente, para a compreensão do que vem sendo, seus limites, limitações e os novos desafios colocados para a produção de novos textos e contextos, apontando para as novas formas de luta.

Um dos desafios que a leitura deste trabalho me suscita, por exemplo, é o de re-pensar o movimento sanitário do seu ponto de partida – os departamentos de medicina preventiva e social. Os anos 60, como aponta a autora, propiciaram um re-arranjo no interior desses departamentos, onde foram geradas, em nível teórico, as bases do movimento que vai eclodir nos anos 70, objeto de estudo deste livro. Se, por um lado, os departamentos de medicina preventiva e social deram um salto teórico e prático; por outro, o ano de 1970 é marcado por dois acontecimentos: um, em São Paulo, com a cassação de professores da Faculdade de Saúde Pública da USP, que abortou um processo de repensar o ensino e a pesquisa da saúde pública de uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar; outro, no Rio de Janeiro, com o 'massacre de Manguinhos' e um retraimento da Ensp. Teria o

movimento sanitário se reduzido ao interior de uma perspectiva médico-assistencial, da medicina social e perdido a dimensão da saúde pública, da saúde coletiva? Qual seria a 'reviravolta da saúde coletiva, pública' necessária para além dos modelos higienistas ou sanitaristas? O que poderá ou deverá ser o 'novo sanitarismo', pensando as condições de vida não só das classes populares, mas também e *pour cause* as condições de vida e de saúde do próprio planeta?

Essas não são questões colocadas pela autora – inclusive porque não foi o objeto desta investigação – mas me suscitaram uma leitura possível de ser feita, uma compreensão a partir do que foi e do que não foi dito.

Este livro é parte da história de um movimento EM REALIZAÇÃO; poética do espaço político e social em construção; 'pé no chão e pé no ar', por isso movimento, sem início, meio e fim, porquanto processo. Análise necessária para a compreensão de um texto ainda sendo escrito, em um contexto que também é movimento; necessidade de dar as mãos, ouvidos e voz àqueles que foram silenciados, para que novos atores/autores recriem e criem a história, de um movimento que re-siste, in-siste, e por isso ex-iste, movimento que, 'pé no ar e pé no chão',

Reviravolta.
Vira, volta.
Volta, vira.
Revira, volta.
Revolta, vira.
Re-vira,
Re-volta,
Re-vira-VOLTA.

E, finalmente, do agrado com um trabalho sério, bem construído, um dos raros que conseguem articular ética e estética com competência científica e compromisso político – Razão e Paixão.

Joaquim Alberto Cardoso de Melo*
*Professor do Departamento de Ciências Sociais da ENSP/FIOCRUZ*
*e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio*

* Falecido em 27 de junho de 1993.

# Parte I

## AS ORIGENS DO MOVIMENTO SANITÁRIO

# 1 As Bases Universitárias

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil – final dos anos 60 e início dos 70 – que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social.

A construção da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi feita no interior dos departamentos de medicina preventiva, em um processo de críticas à medicina preventiva e à sua base filosófica: as ciências sociais positivistas. Nota-se, aqui, um paradoxo: A crítica à medicina preventiva foi feita no interior dos próprios departamentos constituídos para o seu ensino, e a crítica ao positivismo e às propostas racionalizadoras foi financiada pelos próprios organismos que as difundiam.

Esse processo de desenvolvimento da abordagem marxista do campo da saúde ocorreu durante a ditadura militar, através de uma prática política nas universidades. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS) "foram a base na qual se desenvolveu a produção de conhecimentos sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta freqüentemente articulada com modelos experimentais de organização da prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas" (Donnangelo, 1983:26).

Na década de 60 iniciou-se a formação das bases universitárias do movimento sanitário. Neste período, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) estimulou a utilização das ciências sociais aplicadas à saúde na América Latina. O ano de 1975 seria o marco final (Paim, 1981:58), com as defesas das teses *O Dilema Preventivista,* de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade,* de Cecília Donnangelo. Esse foi o divisor de águas que deu início a uma teoria social da medicina no Brasil.

Naquele momento, eram poucos os críticos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) trabalhando nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Podem-se citar Carlos Gentile de Mello – em sua luta solitária, perseguido pelas constantes restrições que lhe fazia o todo-poderoso Serviço Nacional de lnformação (SNI) – e alguns técnicos mais lúcidos, como Murilo Villela Bastos e Nildo Aguiar, entre outros. Mas não havia, nem mesmo de maneira desorganizada, um grupo de pessoas ocupando cargos ou exercendo funções

na máquina governamental com uma postura crítica em relação às bases de organização do SNS.

Ainda desarticulados, os críticos do setor concentravam-se nas universidades. No meio acadêmico, por meio de um esforço conjunto de alunos e professores, constituiu-se a base do movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor – ou atuantes nele – e que, a partir de uma postura democrática e oposicionista ao regime autoritário, iria formular propostas cada vez mais elaboradas de transformação do regime e do SNS, visando, em termos gerais, a um país democrático e a melhores condições de saúde para a população brasileira.

Mas isso não ocorreu no meio acadêmico como um todo, e sim a partir dos departamentos de medicina preventiva de algumas faculdades, que foram palco das transformações que ocorreram nos conceitos e metodologias de abordagem à saúde.

## Movimento Preventivista, Departamentos de Medicina Preventiva

O início do processo pode ser situado no começo da década de 60, quando se difundiu um modelo preventivista de atenção à saúde. Nos Estados Unidos, o movimento preventivista foi

> *um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventivista representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.* (Arouca, 1975:239)

Este modelo tinha como base uma mudança de atitude do médico, que passaria a ter uma consciência – e, conseqüentemente, uma conduta – preventivista. Normaliza, assim, a conduta profissional, e não a atitude dos indivíduos em geral, como no caso da higiene tradicional. Ao redefinir as funções médicas, introduz o conceito ecológico de saúde e doença[4], assim como a convicção de que a história da medicina caminha inexoravelmente para a medicina preventiva.

---

[4] O conceito ecológico de saúde/doença vê a doença como resultado do "desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu ambiente" (Laurell, 1983:150). Profundamente embricado com o conceito de história natural da doença, ele incorpora o meio ambiente não como a sociedade fruto das relações de produção, mas como natureza no seu sentido mais puro, a ecologia. "Desta forma, saúde é um 'estado' relativo e dinâmico de equilíbrio, a doença é um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos" (Arouca, 1975:146).

Os conceitos básicos do discurso preventivista[5] são a história natural da doença, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade. Nos três o social é mitificado, reduzido ou simplificado de forma a surgir como meio ambiente onde existam agentes causais e não como uma sociedade que determina os estados de saúde e doença.

No modelo preventivista, os conceitos estratégicos eram: a integração no interior da escola médica, na procura da formação de uma consciência consensual que determinasse a transformação da própria escola; a inculcação, que pretendia, a partir de experiências pedagógicas, transformar a consciência dos estudantes, buscando incorporar uma nova atitude de prevenção; e a mudança, segundo a ótica de que a História é feita pelos sujeitos individualmente, e considerando o setor saúde dotado de autonomia política, neutralizando, assim, o conjunto das relações sociais que determinam o setor e o próprio sujeito.

Depois da Segunda Guerra Mundial, esse discurso expandiu-se para a América Latina, em seminários patrocinados por organismos internacionais que estimulavam, nas faculdades de medicina, a criação de espaços onde se pudesse demonstrar a correção da nova abordagem de formação médica: os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPS).

A implantação dos DMPS no Brasil data da década de 50, sendo pioneiras as faculdades Paulista de Medicina e a de Ribeirão Preto. A Reforma Universitária de 1968 e a incorporação da medicina preventiva ao currículo mínimo das faculdades de medicina tornaram obrigatória a existência dos DMPS. Ampliou-se, assim, por lei, essa base departamental por todo o País. (Donnangelo, 1983:25; Paim, 1981:57; Paim, 1985a:88).

O discurso preventivista foi incorporado, mas com mudanças importantes em seu modelo. Se, nos Estados Unidos, o movimento representou uma leitura civil dos problemas de atenção médica, no Brasil, era necessária uma leitura estatal devido ao papel desempenhado pelo Estado brasileiro na prestação dessa assistência. O modelo liberal não atendia, tampouco, à necessidade crescente do Estado de prestar mais assistência a custo menor.

Nas universidades, o discurso preventivista foi absorvido de maneira diferenciada nas diversas faculdades, assim como as próprias faculdades, sob um mesmo regime autoritário, eram diferenciadas entre si quanto ao grau de autonomia e liberdade de pensamento e discussão. Dessa forma, o modelo preventivista foi incorporado no Brasil "no sentido de um projeto racionalizador da atenção médica". Uma pesquisa específica sobre o ensino da medicina preventiva em 1976 demonstrou:

1. *Se, no modelo liberal, a medicina preventiva se propunha a uma mudança no saber, no modelo racionalizador, o Estado opera uma inversão e passa a enunciar a partir da prática.*

---

[5] A síntese a seguir tem como base o trabalho de Arouca, 1975.

2. *O ensino médico foi adaptado a uma nova prática de prestação de serviços: a forte centralização do INPB, que concentra o grosso da atenção médica e se torna o maior empregador na área da saúde.*

3. *O aluno passa a ser visto como produtor direto. O médico, por sua vez, representa mão-de-obra médica sujeita a relações contratuais. A medicina preventiva se situa no modelo racionalizador legitimando a ideologia do assalariamento em área de medicina geral ou integral. Legitima, ainda, o projeto do Estado de ampliar as fronteiras nacionais da saúde, ajudando a criar uma maior demanda para o setor.*

4. *A intelectualidade preventivista abandona a sociedade civil e se situa em faixas institucionais, junto com a burocracia estatal da saúde.*

5. *A estrutura departamental do movimento preventivista cede lugar a outros critérios de integração que vêm operacionalizar o discurso oficial: incentiva-se o desenvolvimento de programas de comunidade.*

6. *No modelo racionalizador, a estratégia de integração intra-escola cede lugar a uma integração para fora, com as carreiras de saúde e com o sistema de saúde. A equipe de saúde é vista como agente de saúde em comunidades e o trabalho médico se dilui na noção do cuidado integral.*

7. *O conceito estratégico passa a ser o de integração docente-assistencial. Os programas docente-assistenciais supõem uma redefinição do currículo médico e uma proposta de seriação, em que os alunos, desde os primeiros anos, cumprem tarefas na rede oficial de serviços.* (Campos et al., s/d:12)

A mesma investigação estabeleceu três modelos de institucionalização dos DMPs: racionalizador, mínimo legal e liberal.

> *O mínimo legal é representado pelos Departamentos de Medicina Preventiva do Norte e Nordeste que, na maioria das vezes, cumprem apenas o mínimo legal definido pelo MEC para as disciplinas de medicina preventiva, com baixa produção de pesquisas e sem experiências comunitárias. O modelo liberal inclui alguns departamentos que seguem os princípios dos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan[6] como, por exemplo, a integração com departamentos clínicos, não dando ênfase à articulação com os serviços de saúde. O modelo racionalizador constituiu uma tendência mais recente, especialmente de departamentos do Sul e Sudeste em que se desenvolvem programas de medicina da comunidade e de regionalização/integração docente-assistencial.* (Campos et al., s/d:73)

---

[6] Ver nota 9.

## Os Programas de Medicina Comunitária

Ao final dos anos 60, surge com muito vigor na América Latina uma crítica assinalando os efeitos negativos da medicalização e propondo a desmedicalização da sociedade. "No terreno da prática médica surgem programas alternativos de auto cuidado de saúde, atenção primária realizada por pessoal não profissional, revitalização da medicina tradicional, tecnologia apropriada etc." (Garcia, 1983:121).

O processo começou com as discussões para promover a extensão de cobertura e melhorar a saúde das populações rurais, e culminou com a declaração de Alma-Ata em 1978, em que os governos se propuseram a conseguir alcançar 'Saúde para Todos no Ano 2000', por meio da estratégia da atenção primária. Marco importante foi a III Reunião Especial de Ministros, em 1972, quando aprovou-se o Plano Decenal de Saúde para as Américas. A Opas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaboraram e difundiram os conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária, auxiliar de comunidade (agente de saúde) e outros.

A proposta da medicina comunitária teve em *Saúde para* o *Povo,* da OMS, um instrumento difusor de qualidade. "Nesse livro encontram-se ilustrados vários programas que haviam sido implementados em inúmeros países e que haviam contribuído para melhorar a cobertura de atenção à saúde, elevar os níveis e integrar a população. A novidade desses programas é que eles eram de baixo custo, simplificados, contavam com a participação da comunidade e baseavam-se, fundamentalmente, na experiência dos 'médicos de pés descalços' da China" (Ramos, 1986:94).

Os programas de medicina comunitária agradavam os governos latino-americanos por serem soluções 'baratas' para uma demanda crescente de atenção à saúde. Até o início da década de 70, grande parte estava vinculada aos DMPs e era utilizada como campo de estágio na formação de internos e residentes. No processo de racionalização, alguns desses programas passaram a contribuir efetivamente para aumentar a cobertura assistencial, além de pesquisarem modelos alternativos de atenção médica.

Setores estudantis insatisfeitos tanto com sua formação quanto com suas perspectivas profissionais e politizados, ou dotados de certa consciência social também se interessaram pelos programas. Entre 1967 e 1972, a inquietação surgiu principalmente entre os estudantes mais conscientes, que não tinham partido para a luta armada contra a ditadura. Em um movimento espontâneo, começaram a procurar formas de vincular-se à população e seus problemas. Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas mais gerais nos bairros e comunidades, e a procurar em suas faculdades espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social.

> *Em algumas grandes faculdades de medicina, principalmente nos seus departamentos de medicina preventiva, iniciou-se um debate que*

*girava em torno do que fazer para que os programas atingissem as populações mais pobres. Muitos defendiam a tese de que era necessário um trabalho alternativo, paralelo ao sistema oficial, já que este se mostrava inoperante, reprodutor de esquemas perversos de dominação e fechado a qualquer mudança, graças ao momento político que o país atravessava. Outra tese, que começou a ganhar corpo depois de 1972, concordava com o diagnóstico feito sobre o sistema de saúde, mas discutia se a prática alternativa era a única que restava. O Estado não era visto como um bloco monolítico onde eternamente estavam representados apenas os setores e interesses da classe dominante. Para essa corrente de pensamento era possível a formação de profissionais que se tornassem sensíveis às condições de vida da população e viessem a transformar a forma pela qual estava estruturado o esquema de atenção do País.* (Ramos, 1986:95)

Na primeira fase, os projetos de medicina comunitária tiveram como objetivo básico propiciar ao estudante uma visão extramuros, extra-hospitalar, mais 'integral'. Além disso, constituíam espaços de luta, pois aí enfrentava-se a oposição dos outros departamentos e atendia-se às demandas da população, que não se interessava pela instância governamental a que o serviço pertencia. Alguns desses projetos pioneiros foram Vila Lobato (Ribeirão Preto) e Vale da Ribeira, ambos em São Paulo.

Os programas alternativos de práticas de saúde desenvolvidos pelos DMPs eram orientados pelo enfoque médico-social, mas estavam legitimados pelo discurso internacional. Mesmo para o governo, poderiam ser alternativas viáveis para atender à crescente pressão por assistência à saúde.

Em um segundo momento, esses projetos alternativos produziram "inflexões no campo da saúde pública, provocando rearranjos que contemplavam a participação ativa da população na construção e operação dos serviços de saúde, a simplificação das práticas e, enfaticamente, a racionalização da produção e distribuição dos serviços médicos". (Donnangelo, 1983:28)

Essas 'inflexões', ainda estreitamente vinculadas à formação de internos e residentes pelos DMPs, começaram a se relacionar com instituições prestadoras de serviços e a caracterizar modelos experimentais, base de futuros projetos institucionais. Dentre os programas desse segundo momento estavam o do Vale do Jequitinhonha (MG), o de Paulínia (Campinas, SP) e o programa de integração docente-assistencial, desenvolvido pela UnB em convênio com a Opas/Kellogg, em Sobradinho e Planaltina (DF).

## Três Abordagens à Saúde, a Construção de um Pensamento Médico-Social

Em alguns DMPs, principalmente no Estado de São Paulo, questionaram-se o ideário preventivista e sua sustentação filosófica (a sociologia funcionalista)

por serem inadequados e insuficientes para analisar e transformar a realidade sanitária do País. O mesmo aconteceu com a tendência racionalizadora, ainda que alguns de seus instrumentos de intervenção, como a teoria de sistemas, tenham sido incorporados. Alternativamente, construiu-se uma "teoria social da saúde" a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista marxista, que travou uma luta teórica com as duas outras escolas de pensamento: a preventivista liberal e a racionalizadora técnica.

Os DMPs enfrentavam intramuros a luta pela reforma curricular, extremamente vinculada a essas experiências extramuros e que, no seu âmbito, se caracterizava pela incorporação das ciências sociais (e seus profissionais) às áreas até então restritas aos profissionais de saúde. Introduzindo o coletivo, mesmo que ainda não fosse em termos sociais, essa incorporação questionava o objeto da medicina individual.

No novo enfoque sobre a saúde, criticavam-se tanto o modelo tradicional de formação dos médicos em geral, restrito às áreas biológicas, quanto o modelo clássico de formação de sanitaristas, que já incorporava as ciências sociais, porém com orientação funcionalista. De natureza histórico-estrutural, ele seria construído a partir da abordagem marxista, do materialismo histórico e dialético e da abordagem das condições e dos problemas de saúde da população brasileira sob uma perspectiva marxista.

Esta incorporação criticou, no plano das idéias, e enfrentou, no debate político, as ciências sociais positivistas. Estas, coerentes com o modelo preventivista liberal que propunha a mudança de atitude dos médicos, tinha como base a antropologia positivista que pretendia demonstrar que mudanças de comportamento podiam alterar os níveis de saúde. "Os conceitos fundamentais do funcionalismo sociológico (predominante no mundo acadêmico norte-americano) são: o sistema social que expressa a totalidade social sem considerar a causalidade como um dos determinantes sociais; a tendência para a estabilidade através da integração dos subsistemas, e o desvio e a tensão como elementos 'disfuncionais'" (Garcia, 1983:104-105).

O conceito mais representativo desta visão foi o círculo vicioso de pobreza e doença desenvolvido por Myrdal: "as pessoas são doentes porque são pobres; empobrecem porque são doentes e ficam ainda mais doentes porque estão mais pobres". Segundo Médici (1985:178), essa idéia defendia a necessidade de eliminar as conseqüências sociais do subdesenvolvimento, como as péssimas condições de saúde da maioria da população brasileira. (Médici, 1985:178)

A visão da Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina (Cepal), conhecida como 'teoria da dependência', preconizava o crescimento econômico por meio de uma industrialização que substituísse as importações (permitindo romper com a dependência dos países centrais), além da implementação de programas de planejamento – setoriais, regionais e integrados – que possibilitassem alocar melhor os recursos e orientar as mudanças provocadas. Por se tratar, além disso, de um "modelo circular",

qualquer melhoria nas condições de saúde seria também instrumento de rompimento com a pobreza e a estagnação econômica. Coerente com a filosofia positivista que divide a sociedade em 'setores' – sistemas sociais autônomos –, essa concepção da autonomia da medicina supunha a possibilidade de transformar a sociedade a partir de qualquer um desses setores.

No campo da saúde, a visão cepalina teve como tradução o 'sanitarismo desenvolvimentista'[7]. Ambas as teorias revelaram-se parciais e insuficientes, mas geraram e sustentaram uma série de técnicas e abordagens que, difundidas pelos organismos internacionais, caracterizaram a ideologia predominante na década de 60.

Em fins dos anos 60 e início dos 70, começou-se a questionar, no campo da saúde, o cientificismo, "ou seja, a concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores" (Garcia, 1983:120). E contrapôs-se a ele uma abordagem médico-social caracterizada por levar em conta o caráter político da área da saúde.

> *O novo enfoque, histórico-estrutural, foi desencadeado a partir do reconhecimento da fragilidade, incorreção e fragmentação com que vinham sendo analisadas as relações saúde e sociedade. Esta reflexão crítica sobre a medicina nos países latino-americanos surgiu como resposta a quatro grupos de fatos:*
>
> *a) da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia dominante;*
>
> *b) do equívoco da suposição 'desenvolvimentista' de que as condições de saúde coletiva melhorariam como resultado automático do crescimento econômico;*
>
> *c) da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;*
>
> d) da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais – que está em relação inversa às necessidades de cada um, não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas. (Laurell, 1976 apud Nunes, 1985)

Iniciou-se, primeiramente, um processo de revisão crítica da teoria até então utilizada para analisar o campo da saúde. Desse modo, começa a

---

[7] O pensamento sanitarista desenvolvimentista tinha a economia como a base da determinação das condições de saúde. No momento do seu "apogeu institucional", pré-golpe militar, a visão econômica mais avançada era a cepalina, que, para muitos economistas brasileiros importantes, constituiu o primeiro pensamento 'orientador' (Teixeira et al., 1988).

construção de novos marcos teóricos e metodológicos utilizados tanto nas pesquisas quanto nos projetos de reformulação das práticas médicas. Assim, delimitou-se teoricamente o campo da saúde coletiva, em que se tomava por objeto não mais o indivíduo ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social – classes e frações de classes – e a distribuição da saúde e da doença. Transformou-se a maneira de selecionar os objetos de estudo, não mais as possibilidades de modelos teóricos, mas sim as próprias contradições do sistema de saúde. Postulou-se uma nova concepção da ciência: não mais a ciência neutra; uma teoria que sustentasse, dentro do setor, uma luta política em que a realidade sanitária fosse objeto de estudo e intervenção política.

Nesse processo de revisão crítica, caiu por terra o modelo da 'história natural da doença' e da multicausalidade, e construiu-se o conceito da determinação; criticou-se violentamente a teoria de sistemas por compartilhar da visão positivista da sociedade composta por setores; questionou-se a neutralidade do planejamento difundido pela Opas (método Cendes), demonstrando-se que ele servia aos interesses dos poderosos. No campo teórico, então, iniciou-se a construção de um pensamento contra-hegemônico alicerçado fundamentalmente na visão histórico-estrutural da sociedade[8].

A incorporação dessa nova abordagem ao ensino da medicina preventiva e social teve forte apoio de organismos internacionais. Na década de 50, a Opas já se interessava por uma reformulação do ensino na medicina preventiva, e promoveu seminários regionais para esse fim[9]. No início da década de 60, foram criadas escolas de ciências sociais – em particular a Flacso –, com apoio da Unesco. Nos anos 70, a América Latina já contava com uma massa crítica de profissionais de ciências sociais, ainda que de orientação predominantemente positivista, e alguns começaram uma

---

8 A crítica foi extremamente radical. Nada servia; tudo era instrumento de dominação da burguesia. Illich, exemplo máximo da radicalização, chega a negar os benefícios dos avanços do conhecimento científico, em sua critica à excessiva medicalização da sociedade. A radicalização é, de certa forma, fruto da ausência de uma prática, de uma intervenção concreta na realidade. Fechada pelo autoritarismo em 'guetos pensantes', a crítica ao modelo anterior chegava a extremos: tudo foi jogado no lixo. Posteriormente, a partir da necessidade de intervenção nas práticas assistenciais e institucionais, uma parte de sua base instrumental seria recuperada: se a teoria de sistemas não serve para explicar a sociedade, é bastante produtiva para pensar os sistemas organizacionais; se os valores do método Cendes/Opas não devem nortear um modelo de planejamento, a técnica de alocação de recursos pode ser parte de programações que têm por base outros elementos de planejamento; e assim por diante.

9 Os seminários de Viña del Mar e de Tehuacan, realizados pela Opas, respectivamente, em 1955 e 1956, para avaliar o ensino da medicina preventiva e social foram a mola propulsora da introdução do movimento preventivista no Brasil e da difusão das ciências sociais positivistas como base de análise do fenômeno saúde/doença (Paim, 1981:57). Os princípios emanados desses seminários caracterizaram-se por serem muito próximos aos princípios liberais originados nos Estados Unidos, sem a transformação racionalizadora do modelo posteriormente realizada no Brasil.

especialização em saúde. A Fundação Mildbank e a Opas, que financiaram o estudo sobre educação médica na América Latina coordenado por Juan César Garcia, viabilizaram visitas a várias faculdades e a distribuição de bibliografia, iniciando, também, um processo de estímulo à criação de mestrados em medicina social e de articulação institucional através de seminários regionais e nacionais (Garcia, 1985:22-23). Entre estes últimos, destacam-se os encontros de docentes de medicina preventiva de São Paulo, "onde procurava-se aproximar o projeto preventivista do marco teórico da medicina social" (Paim, 1981:58).

Na América Latina, os 11 países participantes da Reunião de Cuenca (1972) rejeitaram o positivismo, por ser insuficiente para analisar os problemas de saúde. Destacaram, também, a necessidade de novas metodologias e marcos teóricos que relacionassem os processos de saúde com a estrutura social. Só na primeira metade da década de 70, realizaram-se sete reuniões de trabalho e 14 seminários sobre ensino e pesquisa das ciências de conduta/ciências sociais. Em 1973, a Opas e a Fundação Kellog apoiaram técnica e financeiramente a criação do primeiro curso de medicina social no Rio de Janeiro (Instituto de Medicina Social/Uerj). No ano seguinte, organizou-se o curso de pós-graduação em medicina social na unidade de Xochimilco da UAM, México (Garcia, 1985; Nunes, 1985).

Em meados dos anos 70, estavam estruturadas três diferentes abordagens ao campo da saúde – cada uma mais desenvolvida em determinada instituição – que apresentavam padrões diferenciados de formação de recursos humanos. As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do 'social' em saúde: para o preventivismo, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais (Paim, 1985a:89).

A tendência preventivista e a saúde pública tradicional tinham como palco máximo de práticas os centros de saúde em geral, e sua porção mais conservadora e mais proeminente na política de saúde era representada pela Sucam e pela Fundação Sesp, ainda que esta última apresentasse também aspectos racionalizadores.

As propostas racionalizadoras incorporaram o discurso, difundido pela Opas, de medicina comunitária, extensão de cobertura, integração docente-assistencial e racionalização (com base na análise custo/benefício). Foram representadas pelas faculdades onde os DMPs, embora rompendo com a saúde pública tradicional, não abandonaram o referencial positivista dos problemas da saúde. No âmbito de formação de recursos humanos, havia cursos de curta duração realizados na FSP/USP para formação de sanitaristas.

A corrente médico-social era representada institucionalmente pelos DMPs da Unicamp e da USP, pelo IMS/Uerj e, em um segundo momento, pela Ensp. Distingue-se das anteriores por uma produção teórica que considera

o social como determinante das condições de saúde, e por apontar a necessária prática do sanitarista como sujeito da transformação pretendida. Assim, com essa proposta, que ainda não chegava a constituir um movimento, iniciou-se uma luta pela hegemonia no interior do próprio 'movimento preventivista', contestando tanto os sanitaristas tradicionais quanto os racionalizadores. Observam-se, portanto, três correntes de pensamento no interior do campo de conhecimento da saúde coletiva.

As bases teóricas da saúde coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 70, o que "revela a potencialidade de um movimento ideológico tornar-se uma prática e um campo de produção de conhecimentos científicos (prática teórica)" (Paim, 1981:58)[10]. Esse desenvolvimento teórico determinou uma mudança gradual do panorama no interior dos DMPs: cientistas sociais foram incorporados, novos objetos de análise apresentados aos alunos, modificou-se a bibliografia utilizada e os próprios profissionais de saúde passaram a estudar e a utilizar mais o instrumental das ciências sociais.

Assim, no que se refere à prática teórica, nesse momento já existia em desenvolvimento no Brasil uma teoria social da medicina que havia rompido com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana e aberto seu caminho alternativo através da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e da sociologia política italiana. Ampliaram-se os horizontes conceituais e algumas práticas foram recompostas a partir de investigações, tornando-se, elas próprias, objetos de pesquisa.

Essa teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Esse conjunto de conceitos, a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando, a partir dessa prática, uma transformação social.

Se conjunturalmente esse era um momento de 'realização' das práticas de saúde pública também na área da assistência individual, na medida em que constituíam alternativas baratas de que o Governo iria lançar mão durante a abertura para fazer frente à demanda e à crise financeira criadas durante o

---

[10] As bases teóricas da saúde coletiva com a incorporação da bagagem das ciências sociais foram construídas quando, em alguns dos centros de reflexão do país (Unicamp, PUC-RJ, USP e outros), acontecia um grande desenvolvimento das ciências sociais como um todo e da abordagem estruturalista em particular, sendo parte, portanto, desse processo maior do pensamento universitário brasileiro: o *boom* do estruturalismo.

‘milagre’, é nesse mesmo campo que o ‘movimento ideológico em transformação teria a sua prática política. Esta prática é conseqüência da própria abordagem teórica e histórico-estrutural, que não ocultava o caráter político da área de saúde coletiva, implicando, assim, opções de natureza política.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram como campo privilegiado de atuação o campo das políticas públicas, e nesse sentido o movimento sanitário começou a organizar-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais naquele momento: a democratização do País e o fortalecimento das organizações da sociedade civil.

# 2 Os 'Anos Geisel', II Plano Nacional de Desenvolvimento e 'Novos' Espaços Institucionais

A partir de 1974, com um movimento conhecido inicialmente como 'distensão', iniciou-se no Brasil a tentativa de recuperar as mediações necessárias para legitimar a ditadura. O regime militar, como os demais regimes autoritário-burocráticos (AB), estabelece um tipo de domínio sub ótimo que "não é velado por uma rede de mediações, e que, portanto, é permanentemente perseguido pelo espectro de uma negação explosiva"[11]. Na América Latina, estes regimes passaram por duas fases. A primeira caracterizava-se por duas grandes tarefas a realizar: restaurar a ordem na sociedade – o que significava reprimir toda e qualquer discordância – e normalizar a economia, geralmente por meio de arrocho salarial e transnacionalização crescente da estrutura produtiva. A segunda surgia a partir da necessidade de canais de mediação que legitimassem o pacto de domínio burguês e suas conseqüências políticas, econômicas e sociais. Começavam, então, a 'nostalgia das mediações' e a possibilidade de restaurar a democracia. Isso permitiria que a base do poder do Estado fosse atribuída a uma fonte exterior a ele e, pelo ângulo da alta burguesia, possibilitaria diminuir o peso institucional das Forças Armadas, facilitando o acesso ao governo de civis com orientações mais consonantes às da alta burguesia, diminuindo também a visibilidade da coação na qual o Estado apoiava seu domínio econômico.

Porém, o tipo de democracia desejada pelos integrantes do pacto de dominação é aquele que, ao possibilitar tudo isso, mantenha também a exclusão dos setores populares. A busca dessa 'pedra filosofal' está expressa nos vários adjetivos que acompanham o termo 'democracia'. A restauração da democracia não poderá levar "a um renascimento das crises que precederam ao regime AB. Para a aliança dominante isto seria muito pior do que a continuação de uma forma de domínio sem mediações e legitimidade, apesar das tensões e fragilidades apontadas".

No Brasil, a 'pedra filosofal' chamou-se distensão lenta, gradual e segura e foi anunciada pelo General Geisel na primeira reunião com seu ministério. Tratava-se de institucionalizar o regime em um movimento que

---

[11] A análise que se segue sobre o regime AB no Brasil tem como base O'Donnell (1982). Ver nota complementar 1 ao final do capítulo.

procurava conter as pressões populares, a burguesia insatisfeita e a comunidade de segurança e informações.

O processo de 'abertura', iniciado neste momento, é objeto de divergências entre os pesquisadores quando se discutem sua periodização, suas origens e razões fundamentais de emergência. Seria resultado da crise econômica; da busca de institucionalização e legitimidade para o regime militar autoritário; de problemas no interior da corporação militar resultantes do prolongado exercício do poder político; e/ou de uma crise jurídico-institucional do País sob o governo militar.

Defendendo uma ou mais de uma dessas interpretações, os vários autores consultados deixam claro o cenário da distensão ativado pela necessária busca de legitimação de um governo que, em um país saído de um pseudo-milagre econômico, não tinha condições de operacionalizar a manutenção do sonho do 'Brasil Grande' exposto no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) e vinha sofrendo críticas mesmo de setores que até então faziam parte da aliança burguesia/tecnocracia militar, tudo isso em um panorama internacional caracterizado pela crise do petróleo.

O processo de transição no Brasil, iniciado com a abertura, caracterizava-se pela lentidão e pelo fato de, em cada medida liberalizante, haver a ameaça de repressão, quando não a repressão em si. Na verdade, o ritmo da transição é a medida exata da correlação de forças existente "entre as demandas de redemocratização da sociedade civil e a estratégia procastinatória da 'abertura'" (Bresser Pereira, 1985:106)[12].

Mas a lentidão do processo brasileiro foi um elemento fundamental da estratégia para institucionalizar o regime, tornar constitucional o aparelho montado com ajuda de uma série de atos inconstitucionais e permitir, legal e politicamente, a continuidade, a médio prazo, do regime militar e, a longo prazo, do regime autoritário-burocrático militarizado[13].

No que se refere às razões de emergência do processo, há uma polarização entre

> *explicações que privilegiam as interrelações entre forças e grupos sociais como núcleo propulsor da mudança de regime e, de outro lado, explicações que enfatizam a autonomia dos processos e fatos políticos em relação à sociedade global. Neste caso, a liberação é vista como um processo desencadeado a partir de uma iniciativa da elite dirigente.* (Forjaz, 1986:42)

---

[12] Guillermo O'Donnell analisa a transição brasileira, entre outras (vide O'Donnell & Schmitter, 1988; O'Donnell & Reis, 1988), destacando o alto grau de institucionalização do regime AB no País.

[13] Ver nota complementar 2, ao final do capítulo.

Na bibliografia consultada, mesmo nos autores preocupados com o estudo dos movimentos de oposição ao regime e com o crescimento de forças e grupos sociais já distanciados do pacto de dominação, ficou clara a iniciativa da elite dirigente – mais propriamente, de uma determinada facção militar (castelista) comandada pela dupla de generais Geisel/Golbery (Kucinski, 1982; Alves, 1985). Stepan (1986:47) considera a dupla de generais 'crucial' para a distensão. Se Golbery era o 'mágico da abertura', o estrategista político, Geisel era o chefe, o fiador do processo junto à corporação militar que nutria desconfiança por Golbery. Ou seja, Geisel era para os militares uma pré-condição para que a estratégia de Golbery pudesse ser implementada.

No entanto, mesmo tendo partido da elite militar governamental a iniciativa de distender o relacionamento entre o Estado e a sociedade após dez anos de instauração do regime AB, essa iniciativa foi ocupada e ampliada por grupos e forças sociais da oposição que, ao longo do tempo e da luta, transformaram a distensão em abertura e a abertura em democratização. Sem deixar de mencionar os aspectos econômicos nacionais e internacionais, o significado militar da abertura e o papel do bloco militar-tecnocrático, destacam-se dois grandes grupos de questões que caracterizaram essa conjuntura: a reativação da política e nesta o papel das oposições (liberal, eclesial, partidária, popular), e o destaque do setor social no planejamento governamental (II PND), que até então não havia sido objeto de propostas por parte do regime.

## A reativação da Política – as eleições de 1974, 1976 e 1978

Uma das primeiras medidas tomadas pelo governo Geisel para restabelecer as mediações com a sociedade civil foi o abrandamento da censura, seguido pela sua suspensão na grande imprensa em 1975, e em 1978 na imprensa alternativa. Mesmo sendo esse um dos primeiros elementos do processo de distensão que estava em curso, é importante ressaltar que a censura não foi totalmente abolida e em 1985 persistia no País, não mais ostensivamente, mas ainda controlando músicas, peças teatrais, filmes e meios de comunicação como a televisão e o rádio.

Outro elemento que caracterizou a reativação da política (e seus diferentes mecanismos de restabelecer contato entre o Estado e a sociedade) foi a 'missão Portela', em que o Ministro da Justiça foi encarregado de negociar a distensão do regime com alguns setores da oposição como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Igreja e o próprio MDB. O objetivo era conseguir apoio para as propostas que garantiriam a continuidade do regime através de reformas da Lei de Segurança Nacional, que estabeleciam o fim do AI-5 e o início das 'salvaguardas'. A própria existência dessa 'missão', oficializada em dezembro de 1977, demonstrava já ser evidente para o Governo a necessidade de

buscar mecanismos menos autoritários do que o fechamento do Congresso, mas que também não evidenciassem tanto a oposição ao Governo como os processos eleitorais vinham fazendo. A 'missão Portela' foi, portanto, um mecanismo de elite, sigiloso e parcial, de reativação dos canais políticos de mediação entre o Governo e a sociedade civil.

As eleições, porém, foram o mecanismo mais importante de reativação da política e do qual a oposição melhor fez uso. Na medida em que pressionou pela 'ampliação da dádiva concedida pelo regime', a oposição encurralou o próprio regime, que, para não perder na contagem dos votos, tinha que se revelar cada vez mais autoritário, menos 'dadivoso'.

O bipartidarismo instituído pelos militares fracassou, ainda que eles tivessem em mente o modelo mexicano, em que o partido do governo está destinado a vencer sempre (Kucinski, 1982:37). No Brasil, o bipartidarismo caracterizou-se pelo caráter plebiscitário que conferiu às eleições: ou se era contra ou a favor do governo, e não existiam possibilidades do meio-termo.

As eleições de 1974 para a renovação de parte do Senado, para a Câmara Federal e para as Assembléias Legislativas foram realizadas em um clima de liberdade de propaganda eleitoral inaudito após 1964. Essa liberdade partia da necessidade do Governo de aumentar sua base social tomando atitudes liberalizantes. Mas o processo transcorreu entre a imagem liberal que o governo queria transmitir e a realidade do "saldo" do milagre econômico: metade da população em extrema pobreza[14].

O MDB foi em 1974 o conduto para os votos de protesto, conseguindo superar a estratégia do voto nulo, até então vitoriosa na oposição. Em 1974, o partido elegeu dezesseis senadores contra seis da Arena, e sua votação tinha uma relação direta com o grau de urbanização dos estados.

Depois dessa experiência, o Governo decidiu não se lançar tão livremente nas eleições de 1976. A Agência Central do SNI analisou os mapas e pesquisas eleitorais de 74 e concluiu que o acesso ao rádio e à TV contribuíra consideravelmente para a vitória do MDB (Alves, 1985).

Em 1976, várias vezes o Governo utilizou-se do AI-5 para cassar mandatos de parlamentares, e nesse mesmo ano estourou o 'escândalo das mordomias'. Uma série de reportagens de grande repercussão em *O Estado de S.Paulo* denunciava as regalias colocadas à disposição dos altos funcionários da administração federal. O Governo não podia permitir que o MDB tivesse livre acesso aos meios de comunicação para criticá-lo abertamente. Em junho daquele ano, lançou mão da Lei Falcão, que transformou o rico debate pré-eleitoral ocorrido em 1974 em um desfile de fotografias e currículos lidos monotonamente por um locutor oficial. Mesmo com a utilização dos recursos públicos e da máquina oficial para atingir os

---

[14] Para mais detalhes, ver nota complementar 3, ao final do capítulo.

milhares de municípios brasileiros e com o investimento pessoal do Presidente da República na campanha, a Arena ganhou as eleições municipais apenas pela vantagem dos votos do interior e das cidades pequenas.

Durante o processo eleitoral de 1976, o MDB viveu um debate interno entre os 'autênticos' e os 'pessedistas', ou 'conservadores'. A divisão interna da frente oposicionista revelou o seu crescimento, tanto numérico quanto qualitativo, que unia representantes de setores ideologicamente comprometidos e possibilitou aos partidos de esquerda a reincorporação do espaço parlamentar como importante espaço de luta.

Ao mesmo tempo, o Governo dedicou-se a criar instrumentos que lhe garantissem o monopólio do poder, elemento essencial da distensão. Em fins de março de 1977, não tendo obtido os 2/3 necessários para a aprovação no Congresso do projeto de reformas do Poder Judiciário, o Presidente Geisel teve o pretexto para fechar o Congresso e em 14 dias elaborar e decretar não só a reforma judiciária, como também uma "série de medidas de grande alcance político, voltadas principalmente para garantir a preservação da maioria governista no Legislativo e o controle sobre todos os cargos executivos em todos os níveis" (Kucinski, 1982:56). "As Emendas Constitucionais n. 7 e n. 8, que ficaram conhecidas como o 'pacote de abril' fixaram os limites da distensão e as bases para a continuação do processo de institucionalização do Estado" (Alves, 1985:193).

As eleições de novembro de 1978 para senadores, deputados federais e estaduais encontraram a sociedade brasileira em plena ebulição. Como resultado, "dobrou o tamanho do grupo 'autêntico' formado pelos ativistas políticos diretamente ligados a movimentos populares ou a partidos e agrupamentos políticos clandestinos, que passou a ter cerca de 90 deputados na Câmara Federal" (Kucinski, 1982:98).

No Senado, o MDB também foi vitorioso em número de votos, mas essa vitória não repercutiu no número de eleitos, devido às mudanças introduzidas pelo pacote de abril. No final da conjuntura analisada, configurava um partido de oposição real que havia crescido e recuperado seu papel, consolidando em uma única estrutura um grande espectro de opiniões políticas. "Para vários grupos de esquerda, o MDB representou um reencontro com a política do possível, após a experiência trágica das guerrilhas que destruiu os melhores quadros da esquerda. Aos poucos o MDB se transformava em instrumento de participação política mais permanente, e não apenas veículo de protesto, ou máquina eleitoral" (Kucinski, 1982:99).

Assim, se os 'anos Geisel' significaram para o MDB a sua transformação de partido com papel marcado em partido de oposição real, para os partidos comunistas clandestinos o MDB significou a possibilidade de atuação parlamentar, e as eleições foram momentos especiais de atuação política. Em particular para o Partido Comunista Brasileiro (PCB), que, desde as

primeiras eleições pós-golpe militar (1965) "combateu com ênfase o equívoco de protestar contra a ditadura por meio do voto nulo ou em branco" (PCB, 1980:278).

Os partidos comunistas clandestinos tiveram papel de destaque· não só na transformação do MDB, mas também no crescimento dos movimentos sociais. A política do PCB teve particular importância para o movimento sanitário. Em novembro de 1978, o Comitê Central analisava: "a tendência principal hoje é de aguçamento das lutas políticas e de classes, e de expansão progressiva dos movimentos pela redemocratização do país, o que leva a um desgaste cada vez mais acentuado da ditadura". Diante disso, o Partido propunha como principal atividade a ampliação e o fortalecimento da unidade de todas as forças que se opõem ao regime:

"Reforçar a unidade significa, no quadro atual, desenvolver as lutas setoriais e as lutas gerais capazes de integrar as diversas faixas e segmentos do movimento de oposição" (PCB, 1980:293, 271).

O PCB apresentou ao conjunto das oposições a proposta de concentrar a campanha eleitoral de 1978 na luta pela convocação de uma Assembléia Constituinte precedida de algumas medidas democráticas: anistia ampla e irrestrita, fim de todos os atos e leis de exceção, restabelecimento do *habeas-corpus* em sua plenitude e completa liberdade sindical. Várias forças de esquerda consideraram incorreta a análise e 'inoportunas' as reivindicações.

Os resultados das eleições de 1978 inspiraram os estrategistas da abertura a dissolver essa maciça frente oposicionista através de reformas na legislação partidária e da anistia parcial, aprovada em 1979. Os pacotes continuaram a se suceder, nessa tentativa de tudo planejar e tudo prever para manter o poder.

## O Crescimento das Oposições

O processo de crescimento do MDB e dos partidos clandestinos foi parte de todo um processo de organização e crescimento da sociedade brasileira em várias frentes. Foi um processo de fortalecimento da sociedade civil, que já não se apresentava tão indefesa frente a um Estado todo-poderoso e lançava mão de vários instrumentos de organização e representação para expressar suas necessidades e suas críticas. Sem sombra de dúvida, o setor mais importante de combate às políticas do regime autoritário foi a Igreja Católica, que ao longo desse período foi se transformando, de organizadora da Marcha da Família com Deus pela Liberdade, na principal organização de defesa dos direitos humanos e políticos.

Durante o período em análise, a Igreja Católica esteve à frente das lutas de oposição ao regime, falando antes e mais alto do que os demais setores oposicionistas. E, talvez mais importante que isso, falando da

necessidade dos pobres e dos oprimidos no campo e na cidade, diferenciando-se assim das demais frentes oposicionistas, estreitamente vinculadas às classes média e alta. Os canais que utilizou para exprimir seus protestos foram, por um lado, os documentos, estudos e ações emanados da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros (CNBB), e, por outro, a organização e articulação, em uma ampla rede nacional, de Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

Em agosto de 1974, Dom Paulo Evaristo Arns entregou ao Governo que então se iniciava uma lista de vinte e dois 'desaparecidos', mostrando à nova administração que a Igreja pretendia intensificar a luta em defesa dos direitos humanos. Enquanto o Governo prometia averiguar o acontecido, a linha-dura ligada à Comunidade de Segurança e Informações 'estourava' uma gráfica clandestina do PCB, fazendo mortos, presos e grande estardalhaço para demonstrar que o perigo da subversão ainda existia. Logo após, foi iniciada uma operação repressiva contra os comunistas que teve seu principal foco em São Paulo, e que culminou com a morte de Wladimir Herzog. Diante dessa escalada da repressão, a CNBB se pronunciou oficialmente e realizou na Catedral de São Paulo um culto ecumênico em homenagem ao jornalista, no maior ato público desde 1968.

Os conflitos entre a Igreja e o regime ampliaram-se nas lutas no campo, com a morte de sacerdotes e até o seqüestro de Dom Adriano Hipólito, bispo de Nova Iguaçu, em setembro de 1976. Em 1977, a CNBB pronunciou-se formalmente, através do documento *Exigências Cristãs por uma Nova Ordem,* e continuou firme no seu apoio jurídico – entre outros tipos de apoio – a grupos de defesa dos direitos humanos, envolvendo-se intensamente na realização do 1º Congresso Brasileiro pela Anistia, em 1978.

Quanto mais reprimida, mais a Igreja Católica identificava-se com as lutas populares, retirando daí sua maior força. A difusão da Teologia da Libertação por meio das CEBs levava um número crescente de pessoas a discutir os seus problemas cotidianos em uma perspectiva de resolvê-las aqui na terra, aperfeiçoando a justiça social. "Das CEBs nasceu, em 1973, o primeiro movimento reivindicatório com apelo de massas e caráter nacional que ocupou imediatamente um espaço importante no cenário político: o Movimento Custo de Vida (MCV)" (Kucinski, 1982:103).

Esse movimento, nascido fundamentalmente nas periferias dos grandes centros, principalmente em São Paulo, expressava o protesto da população contra a miséria crescente. Estimulado pelas discussões nas CEBs e nas associações de moradores, o MCV revelou-se para o conjunto da sociedade, a partir de 1977, com a eleição de uma coordenação geral, e em 1978 com a definição, em assembléia de cinco mil pessoas, de suas reivindicações básicas. A partir daí, espalhou-se rapidamente por todo o País e conseguiu, antes das eleições daquele ano, recolher mais de um milhão de assinaturas, exigindo um abono de emergência de 30% para todos os trabalhadores, o congelamento dos gêneros de primeira necessidade e salário condizente com a dignidade humana do trabalhador e sua família.

A coordenação do MCV não foi recebida no Planalto, mas deixou depositada em frente a ele, em pilhas, por escrito, a maior manifestação de protesto popular daquela conjuntura.

Outro movimento que ressurgiu nesses ‘anos Geisel’ foi ‘o movimento estudantil universitário, mantido sob o tacão da repressão muito mais ostensivamente do que o próprio movimento operário. Em 1975, algumas greves e manifestações estudantis começaram a pipocar, especialmente em São Paulo, e iniciou-se a articulação nacional que conseguiu, em 1976, realizar o 1º Encontro Nacional dos Estudantes (ENE). A repressão foi violenta, invadindo *campi* universitários, jogando bombas que provocaram queimaduras graves, prendendo e expulsando alunos, processando estudantes por crimes contra a segurança nacional e chegando a montar um cerco militar nas estradas que levam a Belo Horizonte, onde se tentava realizar o 3º ENE. Mesmo assim, ao longo do período o movimento estudantil conseguiu rearticular-se em estruturas por faculdades, universidades e estados; em 1978, após anos de clandestinidade, foi realizado o 1º Congresso da UNE, quando os estudantes demonstraram que, com sua organização, haviam derrotado na prática a legislação autoritária.

Os movimentos organizados pelas classes média e alta através de estruturas corporativas tiveram particular relevância nessa conjuntura. Juntamente com o MDB, os chamados movimentos de oposição liberal foram de importância crucial na canalização das pressões para a redemocratização do País. Entre essas estruturas, apontamos a OAB, ABI, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) e o Movimento pela Anistia.

Na mesma frente oposicionista, do outro lado da moeda, surgiu um movimento sindical extremamente importante, principalmente no setor metalúrgico, conhecido como o ‘novo sindicalismo’, que em maio de 1978 deflagrou sua primeira greve em São Bernardo do Campo (SP). A organização da categoria havia sido iniciada um ano antes, através da campanha de reposição dos 34% que o Governo reconheceu haver subtraído em 1974 dos índices da inflação e, portanto, dos reajustes salariais. Essa campanha preparou a primeira greve operária desde 1968, que ficou conhecida como “braços cruzados, máquinas paradas”. O novo movimento sindical, que teve nos metalúrgicos do ABC sua maior expressão, ocorreu em diversas categorias, que iniciaram a luta contra os pelegos nos sindicatos a fim de reassumirem um instrumento poderoso na defesa de seus salários e das condições de trabalho. Foram 539.037 trabalhadores em greve em 1978 em sete estados do País, envolvendo treze categorias, entre as quais os metalúrgicos, os trabalhadores de transportes urbanos, os trabalhadores têxteis, os trabalhadores rurais, os bancários, os professores e os médicos (Alves, 1985:341-343).

Os sindicatos ressurgiram no cenário, defendendo interesses das classes operárias e camponesas (através da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag –, entidade já extremamente forte e

representativa), e de profissionais de classe média, como professores e médicos. Essa força somou-se às já descritas, na frente oposicionista, e mais que isso: conferiu-lhe uma legitimidade particular. Nesse processo de crescimento das oposições, até mesmo os setores empresariais apresentaram criticas ao regime, na campanha contra a 'estatização'. Para Bresser Pereira (1985:111), em 1975 a burguesia começou a romper a sua aliança autoritária com a tecnoburocracia e aprofundou esse rompimento – parcial – em 1977. Em primeiro lugar, porque começou a perder o medo da 'subversão comunista'; em segundo lugar, porque a desaceleração econômica a partir de 1974 e o abandono do grandioso II PND em 1976 evidenciaram a imensa capacidade da tecnoburocracia estatal de cometer grandes erros de cálculo econômico.

A abertura foi um processo cuidadosamente planejado, constituído por etapas, com passos que deveriam ser meticulosamente dados em seqüência e uma imagem-objetivo passível de interpretações que tomou o nome de 'democracia forte'. Em todos os momentos em que o processo parecia divergir do curso previsto pelo regime, os generais apressavam-se em mostrar que ainda detinham todos os mecanismos de controle da democratização, e que esta atingiria os limites que interessassem ao grupo no poder[15].

Na conjuntura analisada, o processo de abertura estava plenamente dominado por seus estrategistas. Por um lado, ele controlava as pressões oriundas da sociedade civil, e, por outro, tinha como objetivo controlar também a Comunidade de Segurança e Informações – a 'linha dura' militar que se opunha a qualquer liberalização do regime. Desse modo, o período Geisel mostrou-se aparentemente contraditório: enquanto se esboçava um projeto de distensão e de liberalização, a repressão estava à solta, aumentando a violência e o número de desaparecidos e mortos sob tortura, diversificando o terrorismo, lançando bombas em bancas de jornais, nas sedes dos jornais alternativos e nos centros acadêmicos, invadindo universidades. Em um jogo que parecia buscar um controle impossível entre a presença ativada de segmentos opositores no cenário político – como o eram a oposição liberal (MDB, OAB e ABI) – e a comunidade de informações, a presidência do General Geisel transcorreu entre promessas e repressões, estabelecendo ao longo do período um processo controlado que aumentou a liberdade de expressão e manteve intacto, e por fim legalizado, todo o controle repressivo do Estado sobre a sociedade.

Assim, podemos caracterizar a 'conjuntura Geisel' por uma cronologia de pelo menos uma 'crise' por ano, seja nas relações entre o Governo e a

---

[15] Esse planejamento do processo ficou bem evidente com a sua interrupção. Com a saída do General Golbery do Governo, após o episódio do Riocentro em 1980, foi eliminada a "ação antecipatória que era, aliás, o tipo de abordagem que o General Golbery trazia do governo Geisel para o governo Figueiredo" (De Góes & Camargo, 1984: 190-191).

sociedade civil – claramente evidenciada nas eleições, seja entre o Governo e os militares 'linha-dura'[16]. Por fim, depois de toda essa sucessão de 'crises', os estrategistas alcançaram seu objetivo, com o pacote de reformas constitucionais. Medidas liberalizantes, como o restabelecimento do *habeas corpus* para crimes políticos, o fim das cassações, o fim do direito presidencial de fechar o Congresso e de outros poderes arbitrários foram compensadas por mecanismos como o Estado de Emergência, que no fundo nada mais era do que a legalização de amplos poderes de controle e repressão política. Mantinha-se através das salvaguardas a defesa do Estado de Segurança Nacional. Buscava-se a legitimação por meio de medidas que a OAB classificou da 'legalidade ilegítima'.

Começaria, a partir de dezembro de 1978, uma nova etapa do regime AB no Brasil, ainda em sua segunda fase: a extinção do AI-5, o fim dos poderes discriminatórios e a institucionalização do poder discricionário. Impulsionado pela crise econômica, o governo militar entraria em agonia durante o governo seguinte, sob o General Figueiredo (1979-1985).

## O II Plano Nacional de Desenvolvimento

"O Brasil pode, validamente, aspirar ao desenvolvimento e à grandeza". Assim começava o primeiro capítulo (Sentido da Tarefa Nacional) do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND). Elaborado durante os meses que antecederam a posse do General Geisel na Presidência da República, o plano qüinqüenal pretendia, mesmo face às adversidades internacionais, manter o ritmo de crescimento e atingir o sonho do 'Brasil Grande Potência'.

Nesse plano o regime não abandonou os êxitos econômicos como fonte de legitimação. Eles deveriam ser obtidos mesmo que em base menores, já que a situação internacional não permitia taxas de crescimento similares às dos anos do 'milagre'; mas continuar-se-ia a crescer, e mais do que isso, procurando distribuir por todas as classes essa riqueza acumulada – esse era o discurso contido no II PND.

---

[16] 1974 – crise eleitoral, com a vitória do MDB; 1975 – crise com a 'linha-dura' no episódio do assassinato de Wladimir Herzog e, logo após, de Manuel Fiel Filho; 1976 – crise com as eleições municipais que deram a vitória ao MDB nas cidades mais ricas e densamente povoadas do país e crise com o 'escândalo das mordomias'; 1977 – crise com o Legislativo, fechamento do Congresso e aprovação de emendas constitucionais através do 'pacote de abril" e crise com a 'linha-dura' no episódio da demissão do general Frota do Ministério do Exército; 1978 – crise eleitoral, com a demonstração de força dada pelo MDB, só derrotado pelos efeitos da legislação oriunda do pacote de 1977 e enfrentamento da movimentação oposicionista, mesmo que de antemão perdedora, catalisada na chapa Euler Bentes–Paulo Brossard, que concorreu contra a chapa oficial João Figueiredo–Aureliano Chaves no Colégio Eleitoral para a Presidência da República.

A realidade era diferente, e muitos dos objetivos econômicos do plano foram abandonados por serem inviáveis. Restaram aqueles que mantiveram um mínimo de atividade econômica produtiva, já que a maior parte do capital passou a circular na esfera financeira.

O modelo econômico-social a ser atingido pelo Brasil até o final da década tinha como base

> *uma economia moderna do mercado, um forte conteúdo social, um pragmatismo reformista nos campos econômico e social e uma orientação de nacionalismo positivo, voltada para assegurar a execução da estratégia nacional de desenvolvimento, realizando o equilíbrio entre capital nacional e estrangeiro e, garantindo, na articulação com a economia internacional, a consecução das metas do País.* (Brasil, II PND:28-29)

Era o momento da 'ciranda financeira'; de maior endividamento em dólares e menos aplicações em cruzeiros; de deslocamento do capital da esfera produtiva para a esfera financeira, onde altos ganhos eram conseguidos em poucos dias. O dinheiro passou a ter um valor independente da base de produção. Toda essa 'ciranda' dependia dos dólares conquistados no exterior. Esse endividamento externo foi feito às custas das estatais, que elaboravam grandes projetos, por vezes sem relação com o seu próprio desenvolvimento, e passaram a ser 'fiadoras' ou 'intermediárias' para a obtenção de recursos que pretendiam manter a atividade econômica privada. Essa utilização das estatais como instrumento de captação de recursos externos ganhou ênfase a partir de 1977 e, apesar do protesto dos empresários contra a 'estatização', foi o que sustentou a taxa de crescimento, mesmo com a diminuição dos investimentos dos capitais privados nacionais e multinacionais. "O completo estrangulamento da atividade industrial só foi evitada com a manutenção dos grandes projetos do setor público mesmo que em ritmo consideravelmente menor" (Tavares & Assis, 1985:57).

Enquanto aumentava a responsabilidade das empresas estatais como 'suportes' do tripé econômico e os empresários gritavam contra a 'estatização', a crise econômica se aprofundava e cobrava seu mais alto preço do segmento populacional que já não havia sido beneficiado com pedaços do 'bolo do milagre'. A inflação chegou a 42% em 1978, e a dívida externa cresceu (nesse ano estava na casa dos US$ 42 bilhões). Os preços aumentaram, o poder aquisitivo dos salários diminuiu e os índices ainda foram manipulados de forma a corrigir os salários segundo taxas menores do que a legislada pelo próprio regime. A atividade produtiva diminuiu e a especulação financeira floresceu. O processo de concentração de renda prosseguiu, verificado pelo censo de 1970, com um aumento de 14% na participação do decil mais rico da população na renda nacional.

Considerando-se as questões sociais, o II PND foi inédito no regime militar. Negando os princípios da gestão anterior de 'esperar o bolo crescer',

o plano “reconhece que a política social tem objetivos próprios, que o desenvolvimento social deve ocorrer de forma paralela e progressiva ao desenvolvimento econômico, e ainda, explicitamente, propõe-se a aumentar substancialmente a renda real de todas as classes e reduzir de forma substancial a ‘pobreza absoluta’.” (Brasil, II PND:71)

O II PND tinha como prioridades no campo social

> *a Educação (sob o ponto de vista quantitativo, e, notadamente, de qualidade de ensino, com esforço na área de pós-graduação) e a Saúde, ao lado da infra-estrutura de serviços urbanos. Na área de Previdência Social, através do novo Ministério da Previdência e Assistência Social, o esforço principal será no sentido de coordenar e dar eficácia à ação do Governo quanto à Assistência Médica.* (Brasil, II PND:99)

No diagnóstico, o II PND referia-se à educação e à saúde como problemas persistentes, mesmo com os grandes avanços econômicos. “A saúde, inclusive assistência médica da Previdência, carecem, ainda, de capacidade gerencial e estrutura técnica e, com isso, se reduz a eficácia dos recursos públicos a eles destinados e se eleva o risco das decisões de aumentá-los substancialmente.” Esse diagnóstico de que ao setor Saúde faltava capacidade gerencial e estrutura técnica foi o que orientou as estratégias para o desenvolvimento do setor, fundamentalmente as reformas institucionais e administrativas.

A necessidade de um arranjo institucional já estava em mente antes mesmo da posse. Na primeira reunião com seu ministério o General Geisel anunciou, além da intenção de promover a abertura, o envio ao Congresso das mensagens criando na esfera econômica o Conselho de Desenvolvimento Econômico, à semelhança do qual alguns meses mais tarde seria criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), e, na esfera social, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

O II PND definia claramente

> *dois grandes campos institucionais – o do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.* (Brasil, II PND:73)

A proposta de priorizar o setor Saúde no campo social teve seu equivalente financeiro a partir de 1975, quando os recursos do Ministério da Saúde aumentaram (comparando-se aos anos anteriores a proporção dos gastos no setor em relação aos gastos totais da União) e, na área previdenciária, a unificação e centralização de recursos dava a aparência de um *superávit* em relação à demanda. Desta forma, sob a égide do cuidado com a área social preconizado pelo II PND “abriram-se espaços institucionais”. O regime precisava lançar mão de políticas sociais para sua

legitimação, por isso investiu, canalizou recursos e priorizou projetos nestes setores. No entanto, não tinha quadros para ocupar todos os espaços abertos, e terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônico, ao dominante em seu interior.

## Os Estímulos Oficiais

A introdução e até mesmo a ênfase, ainda que teórica, à questão social no planejamento do Estado, ou seja, a utilização do campo social como fonte de legitimação do regime, produziu estímulos oficiais para o surgimento de equipes de pensamento oposicionista em algumas instituições setoriais. Os espaços institucionais foram ocupados por técnicos que não reproduziam a política dominante – pelo contrário, utilizaram esses espaços para defender propostas alternativas, contra-hegemônicas.

Diretamente vinculados ao II PND, surgiram nessa conjuntura três espaços institucionais que podemos chamar de pilares institucionais, estímulos oficiais à estruturação/articulação do movimento sanitário: o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas).

Essas três frentes institucionais articularam uma rede de sustentação de projetos e de pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Constituíram, portanto, as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento.

Na política científica e tecnológica, o II PND pretendia o desenvolvimento da tecnologia também na área social, com ênfase em saúde e educação. "No campo da saúde, desenvolver programas de pesquisa orientados para a eliminação de endemias, como a esquistossomose e o mal de Chagas, assim como sobre a nutrição de grandes contingentes populacionais; instituir certo número de centros voltados para o diagnóstico e tratamento de doenças da nossa sociedade urbana, como o câncer e problemas de coração." Para tanto, teria como instrumentos de ação, além dos demais componentes da política científica e tecnológica, a

> *criação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico a partir do antigo Conselho Nacional de Pesquisas; a execução do II Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico que disporá de um fundo composto por recursos do FNDCT, Funtec (do BNDE) e aquele ligado ao CNPq; o engajamento da empresa privada e governamental no esforço de modernização e inovação tecnológica; a execução do Plano Nacional de pós-graduação; a orientação de*

*proporcionar melhores condições salariais e de trabalho aos pesquisadores e a ampliação dos programas de Cooperação Técnica Internacional voltada para importação de cérebros e de tecnologias de ponta.* (Brasil, II PND: 138-40)

Os projetos financiados pelo CNPq e orientados para a eliminação das endemias não significaram qualquer inovação no financiamento de pesquisas na área da saúde pública. A aprovação dos projetos dependia do prestígio da instituição, do nome e *status* acadêmico do investigador e do interesse que despertasse naquele órgão. Por outro lado, o fundo de desenvolvimento tecnológico do BNDE financiava projetos das empresas nacionais sem qualquer relação com a área social. Somente com a criação da Finep como Secretaria Executiva do FNDCT transformaram-se os financiamentos da área social e da área acadêmica, distinguindo-se dos conferidos pelo CNPq por serem aplicados no desenvolvimento institucional e não apenas no projeto de um pesquisador. Diferenciavam-se, também, dos concedidos às empresas privadas por serem empréstimos a fundo perdido. Esse aumento de recursos para a área acadêmica no campo da saúde coletiva propiciou o desenvolvimento do Instituto de Medicina Social da Uerj e a criação, na Fiocruz[17], do Programa de Estudos Sócio-Econômicos da Saúde (Peses) e do Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe).

Outro pilar institucional localizava-se na recém-criada Secretaria de Planejamento (Seplan), até então um Ministério. Lá, no interior do Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea) e no chamado 'setor Saúde' do Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH) nasceram importantes programas de saúde que marcaram a conjuntura: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Além destes, o 'setor Saúde' do CNRH esteve envolvido na coordenação do Plano de Localização de Unidades de Saúde (Plus), nascido de um convênio entre o Ipea e o então INPS[18].

Nesse período, o Ipea – a Seplan como um todo – viveu momentos de 'glória' enquanto durou a elaboração e a implementação – mesmo que permanentemente reduzida – dos grandes projetos estampados no II PND. A instituição era um exemplo de racionalidade técnica e de modernização administrativa. "O Ipea era uma espécie de ilha de liberdade na administração pública. Eu, que cheguei aqui 1975, me surpreendi com a liberdade com que as pessoas tratavam dos assuntos de governo, em nível interno, evidentemente, mas isso não se via em outros lugares" (Viana, 1986)[19].

Logo no início de sua gestão, o Ministro Reis Velloso nomeou um de seus assessores, Vinícius da Fonseca, para a Presidência da Fundação

---

[17] Ver capítulo 6.

[18] Ver capítulos 7 e 9.

[19] Viana, S. M. Entrevista concedida à autora.

Oswaldo Cruz. O Ministro deu seqüência à orientação do I PBDCT, que propunha: "a modernização da Fundação Oswaldo Cruz e a modernização dos centros de produção de vacinas e agentes terapêuticos do setor público e privado, e ainda a implantação de um centro latino-americano para controle de qualidade de medicamentos" (Pena, 1977:86).

Desta forma, Vinícius da Fonseca iniciou, através de uma injeção considerável de recursos, o processo de soerguimento de Manguinhos. Pouco tempo depois de iniciar sua administração, assinou o convênio com a Finep para o desenvolvimento do Peses e do Peppe.

No Ipea, o CNRH abrigava os denominados 'setores' sociais: saúde, educação e trabalho, coerentemente com a estratégia de desenvolvimento social do II PND, que agrupava projetos envolvendo educação, treinamento profissional, saúde e assistência médica, saneamento e nutrição sob a denominação de política de valorização dos recursos humanos. O 'setor Saúde' do CNRH/Ipea, coordenado pelo engenheiro com formação econômica Eduardo Kertesz, reorganizou-se no início de 1975 para implementar as diretrizes do II PND. Todos estavam estimulados pela nova visão governamental sobre o planejamento social, que reconhecia não ser o desenvolvimento econômico, por si só, o suficiente. Mas ainda enfrentariam a falta de integração com os órgãos econômicos para o desenvolvimento dos projetos. "Se no II PND e nas medidas subseqüentes existia o reconhecimento explícito da importância das questões sociais, estas são mantidas a parte do setor econômico – haja vista por exemplo a composição do CDS – o que determina, daí por diante, a baixa eficiência da política social" (Braga & Paula, 1981:124).

Assim, o II PND era, e ao mesmo tempo não era, diferente dos planos anteriores: era da mesma forma autoritário, porém fornecia um espaço para as questões sociais; visava ao planejamento global, mas continuava distante das bases do financiamento.

Um dos integrantes do 'setor Saúde' do Ipea apontou como características da equipe: a composição multiprofissional, que não era comum na época; a convivência interdisciplinar, auxiliada pela presença das várias áreas de planejamento governamental no mesmo prédio; e o enfoque econômico dos aspectos sociais, raramente mencionado antes de 1975. Esse setor desempenhou um papel importante nas discussões sobre as relações entre economia e saúde, bem como na recuperação de determinados instrumentos de intervenção que estavam sob a crítica da academia. Recuperou o ideário do 'sanitarismo desenvolvimentista'[20] e as propostas de Mário Magalhães. Este e Gentile de Mello assessoraram a equipe do Ipea na elaboração dos programas Pronan e Piass, e Gentile de ' Mello divulgou o trabalho realizado na *Folha de S.Paulo*. O corpo de idéias da III Conferência Nacional de Saúde, do 'sanitarismo desenvolvimentista', foi recuperado em

[20] Ver nota complementar 4 ao final do capítulo.

uma conjuntura bastante diferente, a do pós-milagre, sob um regime militar autoritário, nos dois principais programas elaborados pelo CNRH/Ipea: o Pronan e o Piass.

Outra instituição que no período teve atuação privilegiada na política de saúde foi a Opas. Visando à formulação de propostas para o II PND na área de preparação e distribuição de pessoal de saúde, em 1974 o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho interministerial, que difundiu as propostas da Opas de racionalização, extensão de cobertura e do instrumento de planejamento. A partir das conclusões do grupo de trabalho, em agosto de 1975, o Governo brasileiro, por intermédio dos ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, assinou um convênio com a Opas/OMS para implementar a área de apoio à preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde, criando o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). A equipe, que ficou conhecida como 'Grupo do PPREPS', correspondia ao grupo técnico central (GTC/PPREPS) encarregado da coordenação e da cooperação técnica nos projetos integrantes do programa. A condução do programa estava a cargo de uma comissão de coordenação composta por representantes dos ministérios e da OPS/OMS, presidida pelo Secretário-Geral do Ministério da Saúde – à época o Dr. José Carlos Seixas – e secretariada pelo coordenador do GTC/PPREPS, o Dr. Carlylle Guerra de Macedo.

> *O PPREPS, para efeitos de administração interna, foi dividido em três subprogramas: treinamento e desenvolvimento de recursos humanos (correspondentes aos projetos executados pelas Secretarias Estaduais de Saúde – instrumentos preferenciais de ação); integração docente-assistencial (projetos sob a responsabilidade de universidades) e coordenação-administração (relativo às atividades da Comissão de Coordenação e do GTC.* (Macedo, Santos & Vieira, 1980)

Entre agosto de 1975 e março de 1976 o programa estruturou-se, institucionalizou-se e deu início à fase de contatos com as entidades executoras. Entre 1976 e 1978, desenvolveu projetos de treinamento de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e apoio à implementação e funcionamento de regiões docentes-assistenciais. Ao final de 1978, o PPREPS estava envolvido em dezesseis projetos, sendo onze de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos com as Secretarias Estaduais de Saúde, quatro de Integração Docente-Assistencial a cargo de universidades e um de Tecnologia Educacional executado pelo Nutes/Clates.

> *O principal programa de extensão de cobertura com que o PPREPS cooperou foi o Piass, cobrindo toda a Região Nordeste do país. A capacitação de pessoal para o Piass ensejou a experimentação de novos enfoques que permitiriam obter, nos diferentes Estados, modelos de desenvolvimento de recursos humanos, alternativos das práticas tradicionais das Secretarias neste campo.* (Macedo, Santos & Vieira, 1980:71)

A atuação do PPREPS em conjunto com o PIASS causou impacto nas secretarias estaduais de Saúde do Nordeste através da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde. "Pelas suas próprias características e objetivos o PPREPS caminhou muito próximo ao PIASS, e em vários momentos suas atividades se articularam, se somaram e se confundiram" (Rosas, 1986)[21].

Tão próximos caminharam que o PPREPS sofreu as mesmas restrições feitas ao PIASS pelo Ministro Almeida Machado no final da sua gestão, em fins de 1978, e que levaram à sua desativação. Um 'novo' grupo nacional (composto basicamente pela equipe ampliada do PPREPS) 'reapareceu' em fins de 1979 sob a denominação de Grupo de Assessoramento Principal (GAP).

Outro grande impacto causado pelo PPREPS deu-se no interior da própria OPAS, pelo fato de, pela primeira vez, constituir-se um grupo de nacionais no interior da representação de um organismo internacional. O grupo de nacionais iria divergir política e ideologicamente dos assessores internacionais que assumiam a postura de uma pretensa neutralidade[22, 23] (Nogueira, 1987). Mais do que isso: o PPREPS/OPAS abrigou sob o manto da organização internacional várias pessoas cujas 'fichas' eram recusadas pelo SNI e por isso não conseguiam trabalho nas instituições nacionais (Arouca, 1987)[24].

## NOTAS COMPLEMENTARES

1. Ao contrário de O'Donnell (1982:288-296), que caracteriza determinadas conjunturas políticas como 'estado AB', Cardoso (1982:41-62) distingue o conceito de estado do conceito de regimes políticos. Comparando os países latino-americanos, ele observa que

   *uma forma idêntica de estado – capitalista e dependente, no caso da América Latina – pode coexistir com uma variedade de regimes políticos: autoritário, fascista, corporativista e até democrático. Uma linha de raciocínio econômico procura uma relação causal uma a uma entre o estado e o regime. Ela pressupõe que para cada 'fase' de acumulação há um tipo apropriado de regime. Contudo, a mesma dificuldade histórica que este raciocínio produz no caso dos países capitalistas maduros (...) ocorre também em sua aplicação à América Latina. O crescimento do Brasil sob Kubitschek e o atual surto*

---

[21] Rosas, E. J. Entrevista concedida à autora.

[22] Os funcionários da Opas, assim como de outros organismos internacionais, ao serem contratados, assinam documento em que se comprometem a não defender interesses nacionais, e a servir exclusivamente aos propósitos e objetivos da organização.

[23] Nogueira, R. P. Entrevista concedida à autora.

[24] Arouca, A. S. S. Idem.

*econômico venezuelano são, evidentemente, casos nos quais os estados capitalistas dependentes conviveram com regimes democráticos. (...) Há, portanto, a necessidade de uma análise mais cuidadosa e mais interpretação no estudo das relações entre um estado capitalista dependente e diferentes formas de regimes políticos.*

Considerando correta a argumentação apresentada por Cardoso, tomamos as características apontadas por O'Donnell, mas relacionando-as ao regime ("regras formais que ligam as principais instituições políticas bem como a questão da natureza política dos laços entre os cidadãos e os governantes") e não ao Estado ("pacto de domínio básico que existe entre as classes sociais ou frações das classes dominantes e as normas que garantem o seu domínio sobre as camadas subordinadas").

2. É importante destacar o trabalho de Brigagão (1985), que analisa a militarização do poder, da política, da economia e do cotidiano. Ao longo do livro, o autor desenvolve a maneira como os militares foram não apenas penetrando fisicamente na máquina governamental, mas também impondo seu *modus vivendi* a todas as ações. Como bem observa Kucinski (1982:80): "a militarização dos cargos trazia a militarização dos métodos, da cadeia de comando, que reproduzia, no Palácio do Planalto e em todos os ministérios, os procedimentos do Estado Maior."

Em uma pesquisa realizada em 1979, constatou-se que "27,8% dos 360 cargos mais importantes da administração federal, de provimento genuinamente civil, eram, na época, ocupados por oficiais da ativa e da reserva das Forças Armadas" (De Góes & Camargo, 1984:136). Para estes autores, o regime militar inaugurado em 1964 pode ser dividido em dois momentos distintos: "o primeiro é o do controle militar direto da cúpula militar, pura e simplesmente, quando os militares não ocupam o segundo e o terceiro escalões da administração federal"; essa ocupação seria "um fenômeno do segundo momento que está associado ao crescimento do papel do Estado na economia do País. Nesse segundo momento, o poder passou a ser efetivamente compartilhado".

*Não há dúvida, portanto, de que os militares souberam tirar o seu proveito da gigantesca máquina do Estado brasileiro e penetraram a fundo na administração dos negócios governamentais do país. Inicialmente, após o golpe de 64, o primeiro impulso por parte dos militares que passavam para a reserva foi o de encontrar o seu 'repouso' no setor privado, nos Conselhos das grandes companhias multinacionais. Mas, segundo as tendências surgidas ao longo do processo autoritário, acabaram se entrosando com o poder político governamental, ocasionando tudo aquilo do que hoje em dia a sociedade vem tomando conhecimento sobre a administração pública.* (Brigagão, 1985:22)

3. A realidade era concentração de renda, arrocho salarial, perda do poder aquisitivo do salário, aumento dos preços, diminuição da oferta de alimentos, colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde; enfim, as precárias condições de vida de uma grande parte das populações urbanas (em 1974, nove das regiões metropolitanas concentravam 26% da população total). Essa insatisfação contra o governo foi canalizada nos votos para o partido da oposição. Para Cordeiro (1982:85), "as políticas de saúde no período 1974-79 tiveram como determinantes de sua elaboração a conjuntura política e sanitária de 1974. Este momento foi marcado por uma situação de crise sanitária". As epidemias de meningite de 1974 e 1975 faziam parte dessa crise: o Governo censurou energicamente qualquer notícia sobre o assunto, aumentando a desinformação e o pânico; no seu 'agir atabalhoado', determinou a vacinação em massa, e para isso financiou a instalação, na França, de uma fábrica de vacinas antimeningite. Na verdade, essas epidemias, assim como o aumento da mortalidade infantil e da desnutrição em São Paulo e em outros centros urbanos, eram "o reverso do milagre: a deterioração das condições sanitárias, e a queda na qualidade do ar e da água, levaram ao surgimento das grandes epidemias nas regiões metropolitanas, afetando, invariavelmente, as populações mais pobres da periferia" (Kucinski, 1982:399).

4. Segundo Labra (1988), o pensamento sanitarista desenvolvimentista "gira em torno da idéia-força de que o nível de saúde de uma população depende em primeiro lugar do grau de desenvolvimento econômico de um país ou região e que, portanto, as medidas de assistência médico-sanitária são, em boa medida, inócuas quando não acompanham ou integram esse processo". No período anterior ao golpe militar, um grupo de intelectuais de esquerda concentrados no Ministério da Saúde representou esse pensamento "nascido no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e no bojo do processo de industrialização e urbanização que começa a desencadear".

Essa corrente de pensamento "criticava o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário; (...) as posições de José Paranhos Fontenelle para quem os problemas de saúde no Brasil se resolveriam com uma boa e eficiente estrutura de serviços; e, a atuação do Serviço Especializado de Saúde Pública". Essa corrente postulava que

> *tal qual um edifício cujas fundações devem ser construídas primeiro, a saúde pública é uma questão de superestrutura, ou seja, deve corresponder à estrutura econômica nacional. Tão somente a industrialização, a urbanização e o avanço tecnológico poderão produzir riqueza suficiente para se ter um excedente e poder destinar parte dele à aquisição do bem estar geral e, por conseguinte, da saúde, entendida como alimentação, vestuário, habitação, instrução, trabalho em condições dignas e regime sadio, bem como saneamento,*

*que demanda investimentos diretos de tal monta, que um país pobre não pode arcar.*

O personagem mais importante do discurso contra-hegemônico do sanitarismo desenvolvimentista foi, por mais de vinte anos, o Dr. Mário Magalhães da Silveira. Nessa época pré-golpe, também estavam em plena efervescência intelectual os médicos Josué de Castro, em Pernambuco, e Samuel Pessoa, em São Paulo. É interessante observar que a 'escola' de Mário Magalhães teve grande difusão no Rio de Janeiro e na Bahia, ao passo que Samuel Pessoa foi o 'patrono' dos jovens sanitaristas de São Paulo e Josué de Castro ficou mais restrito ao Nordeste. Antes de assumir o papel de assessor do Ministério da Saúde,

*Mário Magalhães ministrou nos cursos da Ensp em 1959 a disciplina 'fundamentos socioeconômicos', reorientando os conteúdos dos cursos para um novo marco conceitual à luz do qual deviam entender-se os problemas de saúde. Essa disciplina seria aprofundada pelos Drs. Gentile de Mello e Carlylle Guerra de Macedo para nela introduzir o planejamento em saúde.*

Entre 1962 e 1963, toda essa concepção da problemática da saúde foi vertida na elaboração do Plano Nacional de Saúde e na III Conferência Nacional de Saúde, que propunha mudanças importantes no Sistema Nacional de Saúde, abortadas pelo golpe militar. Os pontos principais do discurso sanitarista desenvolvimentista foram retomados pela equipe do setor Saúde do Ipea, mesmo que enunciadas em termos genéricos, tais como descentralização e municipalização dos serviços e a necessidade de se fixar um Plano Nacional de Saúde (segundo as diretrizes da III CNS), evidenciando a incorporação do planejamento como instrumento racionalizador. Para mais detalhes ver Teixeira (1988).

# 3 Contexto: o Sistema Nacional de Saúde

O movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US).

Durante toda a primeira década do regime AB, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da Previdência Social, com sua lógica e modelo, sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Essa preponderância foi construída a partir da concentração de recursos na esfera da Previdência Social. Ao se organizar, em junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) passou a ser o segundo maior orçamento da União, apenas superado pelo da própria União.

No comando desta instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia estatal que "se consolidaram ao longo do período e prepararam as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários. Estimulava, portanto, um processo crescente e acelerado de transformação dos serviços de saúde em empresas lucrativas" (Cordeiro, 1982:83).

No interior da Previdência existiam outras correntes de pensamento que não se vinculavam aos interesses empresariais e ao grupo técnico-burocrata (os 'cardeais' do IAPI'), que, durante o autoritarismo, só fizeram se fortalecer. Essas correntes poderiam ser agrupadas sob a denominação de 'publicistas' no que se refere a uma defesa do fortalecimento do setor público. É compreensível que naquela época esse setor publicista estivesse numericamente reduzido, representado no interior do então INPS por pessoas como Murilo Villela Bastos, Nildo Aguiar, Carlos Gentile de Mello e um pequeno movimento que resultou na assinatura do convênio MEC-MPAS.

Para o setor saúde, a conjuntura inaugurada em 1974 foi a segunda fase de um mesmo período, já que se mantinham as características

fundamentais. Porém, passou a sofrer as conseqüências da contradição decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços ao setor privado. Essa contradição criou uma situação de 'crise e reformas' (Oliveira & Teixeira, 1986:235-61). Não ocorreu qualquer mudança do modelo, que continuou privilegiando os interesses do segmento médico empresarial. O que se modificou não foi a política social, mas a arena política, ampliando-se, agregando representantes de diversos segmentos da sociedade que começaram a questionar explicitamente a política hegemônica (Silva, 1984:85).

## A Previdência Social

No âmbito da Previdência, a gestão do presidente Ernesto Geisel foi inaugurada com a criação do MPAS e a definição no II PND dos campos de atuação das instituições federais responsáveis por parcelas da saúde da população brasileira. A divisão de 'territórios' traçada neste plano foi consolidada, no ano seguinte, na Lei 6.229 do Sistema Nacional de Saúde, que constituiu, segundo Eugênio Vilaça Mendes, o 'Tratado de Tordesilhas' da saúde.

O II PND diagnosticava os problemas do setor – aí incluída explicitamente a assistência médica previdenciária – como de ordem gerencial e administrativa, apresentando distorções que deveriam ser superadas para que se justificasse a alocação de recursos no setor. Por este motivo, as propostas de reorientação do setor nessa conjuntura caracterizaram-se por terem sido fundamentalmente reformas institucionais.

Tais medidas no âmbito da Previdência Social foram: a própria criação do MPAS, o convênio MEC/MPAS, a formulação do Plano de Pronta Ação (PPA) de setembro de 1974, a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), a criação e destinação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), a criação da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e a institucionalização do complexo previdenciário por meio da criação, em 1977, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), subordinado ao MPAS.

"A separação da área previdenciária da do trabalho, através da criação do MPAS significou a elevação formal do seu *status* e o fortalecimento das organizações que aí atuam. Essa medida já era previsível dada a real importância política e financeira da Previdência Social na política governamental" (Silva, 1984:86).

## Os Hospitais Universitários

Entre 1971 e 1974, estabeleceu-se uma luta por mudanças na relação dos hospitais de ensino com a Previdência Social. As propostas entraram em conflito, por um lado, com os interesses privatizantes hegemônicos do

INPS, e por outro, com os interesses privatizantes e/ou pessoais dos próprios hospitais de ensino. Embora a integração entre os hospitais universitários e a Previdência Social estivesse prevista desde 1968, apenas a partir de 1971 começaram a ser realizados os primeiros convênios. No entanto, esses convênios em nada diferiam dos estabelecidos com o setor privado contratado, já que também tinham por base o pagamento por US.

Os primeiros convênios "atendiam a duas finalidades básicas: a expansão de cobertura e a formação de recursos humanos adaptados à nova realidade médico-assistencial brasileira, mas sem que o cumprimento desses objetivos se contrapusesse à lógica imperante baseada na privatização e lucratividade" (Oliveira & Teixeira, 1986:215-6).

A participação da Previdência Social na formação de recursos humanos para o setor saúde seria uma atitude 'lógica', já que a instituição concentrava a maior parcela de recursos, controlava a maior rede de serviços de saúde e empregava o maior número de profissionais. O que estava em jogo naquele momento era, também – e principalmente – a própria sobrevivência dos hospitais de ensino que necessitavam dos recursos do INPS para a sua manutenção. No entanto, ao estabelecer convênios, adotando o regime de pagamento por 'unidade de serviço', o INPS submetia hospitais universitários e privados à mesma avaliação e ao mesmo controle. Estabelecia parâmetros iguais para assistências qualitativamente diferentes, já que os hospitais privados contratados tinham como objetivo prestar apenas assistência médica, que era de pior qualidade, ao passo que os hospitais universitários, além de prestarem melhor assistência, eram encarregados de formar recursos humanos e realizar pesquisas.

Os convênios estabelecidos mantinham nos hospitais de ensino o pagamento aos médicos utilizando tabelas especiais por serviços prestados (o chamado médico 'tipo sete'), gerando uma situação conflitante nessas unidades. De um lado, a proposta de transformação da relação com a Previdência através de um convênio global que abrangesse as especificidades dos hospitais universitários e de ensino, além de canalizar maior volume de recursos; de outro, médicos que pessoalmente usufruíam de vantagens por receberem, além do salário pago pela universidade, pagamentos do INPS por prestação de serviços.

Na 12ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), em setembro de 1974, o Dr. Nildo Aguiar, representando o presidente do INPS, apresentou propostas de modificação do relacionamento entre os hospitais universitários e a Previdência Social que contemplavam os anseios dos setores racionalizadores dos hospitais de ensino e do setor publicista do INPS. Nelas, estabeleciam-se: priorização absoluta dos hospitais universitários e de ensino para efeito de contratos e convênios do INPS, diferenciação entre esses convênios e os estabelecidos com a iniciativa privada e inclusão não apenas das atividades assistenciais, mas também das didáticas e de pesquisas nos parâmetros de avaliação.

Menos de um mês após a 12ª Reunião da Abem, foi assinado um protocolo entre o MEC e o MPAS, "objetivando a integração dos hospitais de ensino nos programas de assistência médica da Previdência Social. Na oportunidade foi aprovada uma minuta-padrão de convênio, de acordo com o qual o INPS contribui mensalmente para o hospital de ensino com um subsídio variável em função do número e do tipo de altas ocorridas no período" (Gentile de Mello, 1981:147).

Inaugurou-se, no âmbito da Previdência Social, uma modalidade de convênio global que se antepunha aos convênios e contratos por US, tão defendidos pela Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH). O setor privado contratado promoveu uma grita contra a expansão do setor conveniado, já que esta medida privilegiava o setor público, a tal ponto que Gentile de Mello (1981:159) escreveu:

> *Parece oportuno ressaltar que o convênio MEC/MPAS não resultou de uma tarefa conspiratória de um grupo clandestino ou da ação deletéria de uma turba de malfeitores que pretendia prejudicar os hospitais de ensino. Ao contrário, nasceu da iniciativa da própria Universidade, através da Comissão de Ensino Médico do MEG, e da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) ao longo de vários anos de luta incessante.*

No entanto, os interesses hegemônicos privatizantes, aliados aos interesses pessoais de alguns professores universitários conseguiram reduzir, senão paralisar o ritmo de integração dos hospitais universitários à Previdência Social através dos convênios MEC/MPAS. "Em 1978, apenas 25 das 75 escolas firmaram o convênio e apenas cerca de uma dúzia o está executando na plenitude" (Landman & Quadra, 1978).

Ainda com o objetivo específico de desprestigiar o convênio MEC/MPAS, o Inamps procurava manter desatualizados os valores que serviam de base para o cálculo do subsídio mensal, "muito abaixo do que seria em regime de contrato com qualquer casa de saúde provida de duvidosos padrões técnicos e ético". Desta forma, em termos de sobrevivência, muitas vezes a assinatura de um convênio, cuja modalidade de pagamento era por alta hospitalar, era menos vantajosa financeiramente para os hospitais de ensino (Gentile de Mello, 1981; Landman & Quadra, 1978).

Mas o convênio MEC/MPAS tornara-se uma bandeira de luta do setor publicista contra a irracionalidade existente em função dos interesses privatizantes. Na ocasião, um dos exemplos mais utilizados e que melhor evidenciava essas distorções na prática assistencial eram as altas taxas de cesarianas decorrentes da remuneração mais elevada que a do parto normal. Para o setor publicista, o convênio global por alta hospitalar era o instrumento adequado para corrigir essas distorções.

## A 'Máquina' Previdenciária

Enquanto os setores publicistas lutavam para obter um relacionamento diferenciado para o setor público, principalmente para os hospitais universitários, a Previdência Social, originalmente INPS, estava institucionalmente dominada pelos interesses privados empresariais. Em consonância com essa hegemonia foi formulado o Plano de Pronta Ação (PPA) e canalizados os recursos do FAS. O PPA foi criado em setembro de 1974 com o objetivo, especificado no texto da lei, de 'universalizar' o atendimento médico, principalmente os de emergência. A Previdência comprometia-se a pagar esse atendimento tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. O plano previa também a expansão dos convênios com o setor público para esse tipo de atendimento, através de uma modalidade de pagamento diferenciada da utilizada para a compra de serviços na área privada hospitalar: o pagamento global por procedimento, e não por unidade de serviço.

Na realidade, o PPA foi amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias. O PPA constituiu também um campo de disputa entre os próprios setores empresariais, com certa 'vitória' por parte das empresas ambulatoriais que deslocaram os interesses hospitalares. Por outro lado, motivou o crescimento do relacionamento entre a Previdência e o setor público dentro de uma política de fortalecimento do setor conveniado. "A expansão de serviços via convênios, ao evitar as deturpações do pagamento por unidade de serviços com o setor contratado, torna possível o atendimento da demanda crescente sem incorrer no risco de um *crack* financeiro". Portanto, a "ênfase no setor conveniado não pode ser vista como uma alternativa ao setor contratado. Pelo contrário, trata-se de uma diferenciação do complexo previdenciário que, na realidade, ajuda a manter a hegemonia do setor contratado, escoando a demanda excessiva" (Oliveira & Teixeira, 1986:243).

Dos 33.585 convênios realizados em 1975, 3.191 eram com empresas, 390 com sindicatos, 17 com universidades, 24 com prefeituras, 30 com governos estaduais e 33 com outras entidades, evidenciando que, apesar da diferenciação do complexo previdenciário, não se modificava o modelo privatizante.

O CDS, criado à imagem e semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico, nunca chegou a ocupar qualquer espaço de importância que se assemelhasse ao mecanismo de coordenação econômica. Ao integrar os ministérios da área social, procurava evitar a duplicidade de esforços, o desperdício de recursos, enfim, coordenar um sistema previamente dividido pelo 'Tratado de Tordesilhas'. A lei que o criou, em outubro de 1974, ao mesmo tempo que reiterava a atribuição da política

nacional de saúde ao Ministério da Saúde, revogou o artigo 156 do Decreto-Lei 200, que subordinava a assistência médica previdenciária a essa política. "Obviamente, em termos de poder, tanto econômico quanto político, a instituição Ministério da Saúde sofre um grande golpe. Ao mesmo tempo, sendo o CDS o órgão máximo de decisão no setor saúde, claro está que a Política Nacional de Saúde elaborada pelo Ministério da Saúde está sujeita à aprovação pelos demais ministérios integrantes do referido Conselho" (Almeida & Oliveira, 1979).

A mais importante das ações concretas do CDS foi determinar as aplicações dos recursos do FAS, criado em dezembro de 1974, como apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social segundo as prioridades estabelecidas pelo II PND. Ao iniciar seu funcionamento, em 1975, gerenciado pela Caixa Econômica Federal (CEF), o FAS tinha seus recursos constituídos por rendas líquidas das loterias federal e esportiva, receitas orçamentárias da União e outros recursos, e pretendia financiar projetos e programas da área social tanto do setor público quanto do setor privado, através de financiamento a fundo perdido (para o Governo Federal) ou a custos financeiros subsidiados (para órgãos públicos e privados). Os recursos do FAS podiam ser utilizados para investimento, custeio ou manutenção; 70% deveriam ser aplicados no setor público e 30% no setor privado. O setor saúde foi o que recebeu a segunda maior fatia do 'bolo' do FAS, cabendo a primeira fatia à educação. "Mas 70% dos seus recursos em cinco anos de funcionamento foram canalizados para a construção e equipamento de unidades privadas hospitalares situadas no eixo Rio-São Paulo" (Cordeiro, 1982:87).

> *O FAS é, fundamentalmente, um fundo de financiamento à iniciativa privada em perfeita consonância com a política governamental, especialmente a partir do PPA. (...) Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantia pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos ('demanda canalizada') fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo.* (Braga & Paula, 1981:131-2)

A criação da Dataprev foi outra medida institucional que buscava modernizar a administração previdenciária. Logo após, grande parte das contas hospitalares foi recusada, evidenciando claramente os mecanismos de fraude utilizados até então; mas os empresários logo aprenderam os 'macetes' e voltaram a conseguir recursos por serviços não prestados (Gentile de Mello, 1977:197-8).

Por fim, fechando o ciclo de institucionalização da Previdência Social iniciado com a criação do MPAS, em setembro de 1977 foi criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas). O Sinpas seguiu a mesma fórmula apresentada no discurso oficial como racionalizadora e eficiente, mas caracterizada por ser centralizadora e excludente dos

segurados. Constituía-se de três institutos (o Inamps para a assistência médica, o INPS para os benefícios e o Iapas para o controle financeiro), duas fundações (a Legião Brasileira de Assistência – LBA – e a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor – Funabem), uma empresa (a Dataprev) e uma autarquia – a Central de Medicamentos (Ceme). A competência da Previdência Social foi dividida em categorias – os benefícios, a assistência médica e a assistência social –, cada uma centralizada em organizações que especializaram sua atuação.

Segundo Silva (1984:100), "no campo específico da assistência médica, fica estabelecido que os programas a cargo do lNAMPS seriam compatíveis com o Sistema Nacional de Saúde, sendo inclusive criado mais um mecanismo organizacional que o garantisse: a Comissão Permanente de Consulta (CPC) composta por representantes do MS e do MPAS."

No entanto, o Sinpas não alterou as forças que disputavam, nem as que naquele momento eram hegemônicas no interior da assistência médica previdenciária, agora Inamps. "Os interesses lucrativos privados, particularmente mas não só, hospitalares continuam subordinando os objetivos sociais das propostas" (Cordeiro, 1982:89). O Sinpas tampouco modificou as bases financeiras da Previdência Social, mantendo assim, após tantas reformas, o mesmo impasse/contradição em que se encontrava no início da administração Geisel: ser instrumento útil para a legitimação do regime, portanto, tender à universalização, sem ter estrutura financeira para tanto, seja por estar baseado na folha salarial, seja por comprar serviços do setor privado. Essa contradição se manteve até que, com o início da recessão econômica em 1981, estourou a crise que ficou conhecida como a 'crise da Previdência' e da qual resultou o plano do Conasp.

As modalidades assistenciais 'integradas' na Previdência Social adotavam, segundo a forma de remuneração, características expressas em três grandes linhas de relacionamento: com seus próprios serviços hospitalares e ambulatoriais, com serviços contratados (hospitais e médicos credenciados) e serviços conveniados, desde os pertencentes a empresas e à medicina de grupo até todos os convênios da Previdência Social com órgãos da União, dos estados, de municípios ou de universidades[25]. Em 1975 diagnosticou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS) partindo do interior da Previdência Social, em um documento assinado por Murilo Villela Bastos: "[o sistema] tem como objetivo produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros, suas atribuições são indefinidas, descoordenadas e conflitantes, seu controle é aleatório e episódico, sua avaliação está baseada na produção de atos remunerados e seus gastos são dispersos, mal conhecidos e sua clientela é mal identificada" (Bastos apud Oliveira & Teixeira, 1986:252).

[25] Para mais detalhes sobre as modalidades assistenciais então adotadas pelo Inamps, ver os trabalhos de Oliveira & Teixeira (1986), Aguiar (1979), Gentile de Mello (1981), Picaluga (1979) e Almeida & Pego (1982).

A Previdência Social mantinha total independência do que era determinado pelo Ministério da Saúde; na prática, no conjunto de práticas assistenciais, era a instituição governamental que direcionava a real política de saúde. Como instituição, passou ao largo da discussão e elaboração da lei que criou o SNS, assim como das demais políticas de saúde aprovadas nesse período pelo suposto órgão normativo responsável.

## A Saúde Pública

Nesse período, dando seqüência a todo um processo de descaso do governo militar para com a saúde, o Ministério da Saúde limitou-se a um papel secundário – legalizado e institucionalizado pela divisão de campos institucionais anunciada no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), pela lei que criou o CDS e posteriormente pela própria Lei 6.229, que criou o SNS.

Mas essa delimitação não foi feita sem luta. Embora naquele momento o MPAS oferecesse um mínimo de permeabilidade institucional ao pensamento médico-social, o Ministério da Saúde – em particular a secretaria-geral – representava uma visão nova, racionalizadora, abrindo espaços para a penetração de representantes do pensamento médico-social, em contraponto à visão conservadora campanhista até então dominante na instituição. Esse grupo novo combateu os interesses do setor privado encastelado na Previdência Social, bem como procurou resgatar o papel condutor da política de saúde para o Ministério da Saúde.

A conjuntura setorial, altamente desfavorável devido à manutenção da hegemonia dos interesses empresariais e mercantis no SNS, apresentava no âmbito da saúde pública dois grupos de fatores favoráveis ao seu desempenho: de um lado, a renovação de quadros e, de outro, o aumento relativo de recursos financeiros.

A renovação de quadros ocorreu a partir da ocupação da secretaria-geral pelo Dr. José Carlos Seixas, médico sanitarista de São Paulo que recrutou "elementos jovens em grande parte nas universidades, em especial a USP, e sem grandes nomes na Saúde Pública que constituíram um grupo progressista dentro da especialidade, com propostas de oposição aos modelos tradicionais" (Almeida & Oliveira, 1979:4)[26]. Boa parte do grupo atuara no movimento estudantil dos anos 60, identificando-se com a esquerda católica. Sua formação técnica era direcionada, por um lado, pela visão sistêmica enfaticamente defendida e preconizada pelo secretário-geral, e, por outro, pelas técnicas de racionalização de recursos difundidas pela Opas.

[26] Quando não especificado em contrário, a análise do Ministério da Saúde, na gestão do Dr. Paulo de Almeida Machado, tem como base Almeida & Oliveira (1979), ainda que os professores Guilherme Rodrigues da Silva, em sua argüição durante a defesa da tese, e Jairnilson Paim, na revisão deste trabalho, tenham discordado dessa análise.

Esse grupo de pessoas que, no qüinqüênio anterior, tinham participado dos Encontros de Docentes de Medicina Preventiva de São Paulo, ao chegarem aos altos postos do Ministério da Saúde, não representavam o pensamento médico-social, mas a ele se aliaram para combater o pensamento sanitarista campanhista representado, dentro da instituição, pela Fundação Sesp e pela Sucam. Com o mesmo fim, esse grupo 'absorveu' a recuperação do discurso sanitarista desenvolvimentista feita pelo setor saúde do CNRH/Ipea para o desenvolvimento do Piass.

Outro fator favorável ao Ministério da Saúde, nessa conjuntura tão desfavorável, foi a ampliação dos recursos financeiros – através do crescimento orçamentário e de programas interministeriais – a partir do discurso oficial, preconizado pelo II PND, que priorizava o setor social. "Em 1975, o orçamento do Ministério, sempre tão minguado, teve um aumento da ordem de 35,7% em relação ao orçamento do ano anterior" (Almeida & Oliveira, 1979:5). No entanto, esse aumento significou a canalização de apenas 7,8% do total de recursos gastos em saúde para o Ministério, ao passo que a Previdência Social era responsável por 92,5% dos gastos. Como síntese desse momento, o diagnóstico realizado por Murilo Villela Bastos, no documento citado, apontava a necessidade de uma intervenção estatal maior, para coordenar o complexo sistema então existente de atenção à saúde. No entanto, se o documento serviu como base para a formulação da Lei 6.229 que criou o SNS, essa visão 'estatizante' ou publicista foi abandonada em prol de uma ótica "sistêmica, pluriinstitucional, não monopolista", que através dessa lei procurou harmonizar e conciliar os diferentes interesses em jogo (Azevedo *apud* Oliveira & Teixeira, 1986:255-60).

Em um procedimento típico do período autoritário, a lei foi aprovada no Congresso Nacional em regime de urgência, sem emendas, com voto de liderança, e sancionada sem vetos pelo Presidente da República, o General Ernesto Geisel (Gentile de Mello, 1977:191). Assim, com o processo de redação e aprovação já concluído, ela foi apresentada à V Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1975. A dicotomia estabelecida historicamente foi então sancionada pelo Presidente da República. Na busca da convivência harmoniosa, destinou-se a saúde 'coletiva' ao Ministério da Saúde e a saúde 'individual' ao Ministério da Previdência. "Ao assumir essa posição 'pluralista', tentando compatibilizar todos os interesses e evitar os antagonismos, o que ocorre é que, enquanto diploma legal, a Lei 6.229, apresenta ambigüidades e incoerências que na prática vão resultar na inviabilidade da sua operacionalização" (Oliveira & Teixeira, 1986:256). Porque, na prática, há um fator que influiu nesse desequilíbrio, "não apenas em termos operacionais como na capacidade política que é o fato de que a dotação global consignada no Orçamento Geral da União para o Ministério da Saúde em 1975 ser uma cifra 16 vezes menor do que a despesa do Ministério da Previdência só com programas de saúde" (Gentile de Mello,

1977:193). A preponderância financeira e, conseqüentemente, política e organizacional, determinou que o modelo assistencial preconizado pela Previdência Social fosse o modelo hegemônico sustentado pela aliança dos empresários do setor saúde com a burocracia previdenciária.

Além desse 'conflito externo', o grupo novo do Ministério da Saúde travou sérios embates internos contra os grupos mais conservadores. O período foi caracterizado pelo desenvolvimento do processo de modernização administrativa. Em torno desse processo começaram a explicitar-se visões conflitantes, já que "o que está em discussão é a instituição Ministério da Saúde, o lugar que ocupa no recém-criado Sistema Nacional de Saúde, seu campo de ação e não mais uma simples reforma do organograma" (Almeida & Oliveira, 1979:13-6).

Em outubro de 1975, foi realizado um seminário em que o grupo novo procurou legitimar um discurso e uma estratégia de fortalecimento político da instituição, mas enfrentou a hostilidade do grupo conservador, representado administrativamente por órgãos como a Sucam, a FSESP e a Secretaria Nacional de Saúde. O documento defendido por estes últimos declarava que o Ministério da Saúde tinha "sua posição muito bem situada no Sistema Nacional de Saúde", considerando que sempre realizou, e muito bem, as atribuições definidas no SNS. Afirmava quase literalmente que "não há necessidade de mudança alguma".

Portanto, o grupo novo do Ministério da Saúde, em situação francamente inferior aos outros órgãos quanto ao poder financeiro e político, enfrentava uma disputa externa, interinstitucional, além de uma luta interna. Diante desses conflitos externos e internos, o grupo coordenado pela secretaria-geral adotou como estratégia geral uma postura técnica, tentando demonstrar que havia um papel racionalmente (tecnicamente) determinado para o ministério a fim de que o SNS pudesse funcionar. Essa estratégia estava baseada em uma visão sistêmica na qual era possível tudo harmonizar, assim como em uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário em nada diferia daquele que os organismos internacionais difundiam e que orientava os programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura – programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária.

Tentando recuperar o papel de coordenador da política de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento de programas, o MS adotou a estratégia de atuar em 'áreas de conflito não-conflagrado' com os interesses hegemônicos. Esse aspecto pode ser mais bem observado na análise do Piass.

Entre os instrumentos utilizados nessa tentativa destacaram-se a recuperação da Conferência Nacional de Saúde, a implementação de programas inovadores e a tentativa de estabelecimento de mecanismos de coordenação política do setor saúde.

## V e VI Conferências Nacionais de Saúde

A Conferência Nacional de Saúde mais recente (IV CNS) tinha sido realizada em 1965. Nos 'anos Geisel', foram organizadas a V e a VI, em 1975 e 1977, respectivamente.

> *As Conferências Nacionais de Saúde voltam a ser um* locus *importante de debate das prioridades de governo para o setor e para as estratégias de transformação do perfil médico-assistencial privatista. Por sua própria natureza e ligação com o Ministério da Saúde, órgão responsável por sua convocação, nas conferências aparecem com destaque os problemas de atenção médico-sanitária. Isso não significa que esse enfoque se traduza nas prioridades reais da política governamental para o setor, que continua enfatizando o mesmo perfil de atuação até 1980. Significa, isto sim, que à medida que o espaço político para críticas e novas formulações vai-se ampliando, essas aparecem de forma recorrente, quer nesse tipo de encontro, quer na imprensa.* (Silva, 1984:129)

O tema central da V CNS foi a discussão do Sistema Nacional de Saúde, cuja lei tinha sido recentemente promulgada. Era bem próprio do momento discutir sobre o já determinado em lei. Além disso, "preocupados em demasia com o resguardo institucional, seus organizadores cercearam o debate, proibiram a discussão, apresentação e/ou a distribuição de documentos considerados 'não-oficiais' (Almeida & Oliveira, 1979: 17-18). A V CNS teve um caráter restrito, 'fechado', mesmo tendo sido organizada por um grupo 'renovador'. Seus organizadores demonstraram aí total inabilidade política e falta de sensibilidade: não percebendo o momento que estavam vivendo, traçaram uma estratégia que, além de não conseguir reverter a tendência que se colocava claramente – de predomínio da instituição previdenciária no setor – tampouco conseguiu melhorar a reputação do tão 'mal-falado' Ministério da Saúde.

Outros temas também foram debatidos: o programa de saúde materno-infantil, o sistema nacional de vigilância epidemiológica, o programa de controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. Se, por um lado, como apontamos anteriormente, através dessas últimas discussões a V CNS foi utilizada para legitimar, dentro de uma base restrita de técnicos, profissionais e funcionários das instituições – particularmente do Ministério e das secretarias –, a dicotomia legalizada da atenção à saúde no País, por outro lado, teve o efeito de legitimar, em uma base suficiente e necessária, as propostas que envolviam a atenção à saúde das populações marginais, com a participação dessas populações.

> *Durante a V Conferência consagrou-se a tese de 'medicina simplificada'* (...) *e foi aprovada a tese da 'participação da população' para assegurar maior sucesso às ações integradas. Dado o grave quadro de situação de saúde no país e o êxito de experiências como as relatadas no livro da OMS/OPS, era fundamental que a população participasse de forma mais ativa nos programas em nível local.* (Ramos, 1986:96)

A partir da V CNS, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os seus programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil. O exemplo maior dos programas de extensão de cobertura implementados nesse período foi o do Piass.

Em 1977, convocou-se a VI CNS para discutir a situação das grandes endemias, a operacionalização das novas leis básicas aprovadas pelo Governo Federal no campo da saúde, a interiorização dos serviços de saúde e a política nacional do setor. "A VI CNS foi bem menos concorrida do que a anterior", e nela procurou-se discutir a política nacional de saúde de uma forma 'neutra', com um discurso técnico, já que "a dificuldade tanto na regulamentação do SNS como de formulação da Política Nacional de Saúde não permitira nenhum avanço neste sentido" (Almeida & Oliveira, 1979:18).

No entanto, a tentativa de regulamentação do SNS sob essa ótica foi duramente criticada. O modelo proposto por Azevedo e apresentado na Conferência recebeu o apelido de 'modelo da jangada' porque seu desenho se assemelhava a uma vela de jangada. Durante a VI Conferência, houve conflito entre os defensores da proposta da 'jangada' e outros como Ubaldo Dantas, Secretário de Saúde, Solon Magalhães Viana, do Ipea, Luís Felipe Moreira Lima, do Plus/INPS-Seplan/Ipea, Nildo Aguiar e Gentile de Mello (Moreira Lima, 1986)[27]. Esse grupo lançou um documento criticando o modelo do assessor do ministério, e o conflito atingiu o clímax quando o relator da conferência negou-se a incluir alguns tópicos no documento final.

Outro instrumento utilizado para tentar estabelecer uma coordenação do setor saúde foi a criação da Comissão Permanente de Consulta (CPC), através da Portaria Interministerial (MS e MPAS) n. 1 de 20 de julho de 1976. A comissão teria a incumbência de "indicar áreas e regiões prioritárias para a implantação dos modelos sistêmicos de organização dos serviços de saúde, que possibilite gradual regulamentação da Lei 6.229" (Brasil, 1976).

A CPC, estabelecida um mês antes do decreto que criou o Piass, teve uma atuação paralela à do Gein/Piass, outro organismo de coordenação e articulação interinstitucional[28]. "Na realidade, a expressão da CPC sempre

[27] Moreira Lima, L. F. Entrevista concedida à autora.

[28] Registra-se a existência, desde então, de mecanismos de coordenação e articulação entre os componentes do SNS, particularmente entre o MS e o MPAS. Essa necessidade de órgãos integradores deve-se ao modelo de SNS adotado, dividido pelo 'Tratado de Tordesilhas' e exigindo uma coordenação. Às propostas de unificação do sistema os diversos núcleos de poder responderam com projetos que substituíam essa unificação por mecanismos de coordenação. É interessante observar que a experiência da CPC e do Gein orientaram a criação, em 1980, da Ciplan, uma instância de coordenação com maior ou menor poder de pressão nos diversos momentos desde sua criação até 1989. E, ainda, chama a atenção a existência de instâncias de coordenação nos diversos níveis do SNS, implementadas pelo Piass, transformadas pelas AIS e ainda presentes nas propostas de descentralização (Suds).

foi mínima e praticamente nenhuma ação importante teve no sentido de realizar uma integração interinstitucional” (Rosas, 1981:143).

Em 1978, através da Portaria Interministerial 001/78, a CPC fixou as normas operacionais dos chamados serviços básicos de saúde. Estes seriam caracterizados “por ações de tecnologia simplificada e baixo custo”, incluídas na rede de assistência médico-sanitária, e deveriam ser expandidos. Esta expansão (de serviços e ações simples, não sofisticados) constituía a regulamentação da Lei 6.229 “num movimento que iria do mais simples ao mais complexo, com base nos critérios de regionalização e hierarquização” (Braga & Paula, 1981:199).

Porém, já no final do período, o grupo novo, progressista, enfrentou, além das oposições tradicionais, o descontentamento do próprio Ministro da Saúde. “Na discussão que então se estabelece da sucessão ministerial o ministro, desejoso de influenciar nessa decisão, vai buscar apoio nos quadros mais antigos, cedendo à pressão interna dos representantes tradicionais e conservadores. Alguns assessores do ministro ‘caem’ e outros são ‘desativados’” (Almeida & Oliveira, 1979:25-26). Acompanhando a evolução dos acontecimentos verificou-se que: 1) o grupo novo vai sofrendo progressivo desgaste, chegando a eliminar alguns de seus elementos, no final de 1977; 2) a modernização administrativa se configura numa simples reorganização do organograma, sem qualquer alteração mais profunda em nível operacional ou político; e 3) os programas inovadores ou são implementados apenas em parte, ou sofrem crises sérias em seus grupos gerenciais, como é o caso do Piass (Almeida & Oliveira, 1979:21-22).

## A Proposta do Movimento Sanitário

Os ‘anos Geisel’, cenário em que se desenvolveu o movimento sanitário, caracterizaram-se como um momento de crescimento dos movimentos sociais. A articulação de um grupo de pessoas em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde, o movimento sanitário, foi parte desses movimentos da sociedade civil brasileira com uma atuação bem definida e bem visível para outros setores.

O movimento sanitário atuou, setorialmente, em um determinado contexto, o Sistema Nacional de Saúde – configurado pela hegemonia dos interesses mercantis da Previdência Social no período. A Previdência atravessou reformas institucionais que mantiveram o *status quo,* conduzindo, portanto, a uma inevitável crise financeira que eclodiu em 1981. De outro lado, o Ministério da Saúde, até mesmo por ser uma instituição marginalizada, subordinada no panorama geral à lógica previdenciária, pôde ser um ‘espaço’ de atuação de uma nova visão da saúde pública – mais racionalizadora do que transformadora – que disputou com a tradicional, campanhista, a hegemonia no interior da instituição.

Em oposição a essa modalidade de intervenção estatal nas condições de saúde da população e a essa organização institucional 'hegemonizada' pelos interesses privados, o movimento sanitário articulou-se durante os 'anos Geisel', ao fim dos quais apresentou-se como um movimento propriamente dito, com órgãos de representação, propostas de transformação, mecanismos de formação de agentes e de divulgação de seu pensamento.

Ao longo de seu processo inicial de articulação, o movimento sanitário foi aprimorando não só a sua organização mas também a sua proposta de atuação para enfrentar uma situação que, segundo o próprio diagnóstico do 'pensamento democrático na área da saúde', tinha como problemas mais significativos, segundo Cordeiro et al. (1979):

1. *O atual estado de saúde da população brasileira é conseqüência de uma dupla determinação. De uma política econômica e social que colocou nas costas dos assalariados quase todo o ônus do crescimento econômico (...) e de uma política de saúde cuja característica mais importante é o empresariamento e cujo objetivo fundamental é o lucro;*
2. *Atualmente, a característica profissional mais marcante dos trabalhadores na área da saúde é a perda de sua dignidade enquanto tais;*
3. *A Política Nacional de Saúde é tratada de modo autocrático;*
4. *Os recursos da Previdência Social para a assistência médica estão sendo dirigidos, basicamente, à compra de serviços de empresas privadas;*
5. *O lucro das empresas médicas é aumentado às custas do salário da população trabalhadora;*
6. *O Governo financia a expansão dos serviços privados com a poupança da população;*
7. *A característica básica das políticas de Saúde Pública é sua ineficiência;*
8. *A política de formação de recursos humanos obedece a mesma ótica da política de saúde: concentração e privatização;*
9. *O quadro atual da produção de medicamentos caracteriza-se por uma quase completa desnacionalização e crescente dependência externa;*
10. *No setor de equipamentos médicos, a dependência externa é tão grave quanto a dos medicamentos.*

Frente a essa situação, que ainda perdurava no início dos 'anos Figueiredo', o movimento sanitário, já totalmente articulado e associando-se à luta mais geral da sociedade brasileira pela democracia, reafirmava entender

*por uma saúde autenticamente democrática, quatro grandes reconhecimentos: de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação.*

O movimento sanitário constatou que, para isso, eram necessárias medidas que, entre outros efeitos, detivessem o empresariamento da medicina e transformassem os atos médicos em bem social gratuito; que criassem um Sistema Único de Saúde, sob total responsabilidade do Estado; que delegassem ao Estado a tarefa de planejar e executar a política de saúde; que estabelecessem mecanismos eficazes de financiamento desse sistema, devendo este ser organizado de forma descentralizada, permitindo uma autêntica participação democrática da população e alcançando também maior eficácia. Além dessas medidas, deveria ser estabelecido um estatuto de convivência entre a prática assalariada vinculada ao Sistema Único de Saúde e a prática nos consultórios particulares, e definidas as estratégias específicas de controle sobre a produção e a distribuição de medicamentos e sobre a produção e/ou a importação e o consumo de equipamentos médicos (Cebes,1979).

Qualquer semelhança com o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde não é mera coincidência.

# Parte II

## A ARTICULAÇÃO DO MOVIMENTO SANITÁRIO

A transformação ocorrida durante a 'conjuntura Geisel' não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde. Surge, então, um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação e desenvolvimento foi-se conformando como um novo 'ator' coletivo, uma nova 'força' política.

Isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário. Nesta parte do trabalho, caracterizamos esses núcleos e a articulação entre eles. Na composição originária do movimento sanitário distinguimos três vertentes principais. Não se deve considerar cada vertente como estanque, impermeável ou excludente. São momentos de atuação dos profissionais de saúde, são diversos *loci* político-profissionais, partes do processo de construção de um movimento social.

Considerando que, ao se iniciar a articulação entre as vertentes que iriam constituir o movimento sanitário, já existia uma teoria social da medicina com análises e propostas transformadoras, a primeira vertente é composta dos movimentos que difundiram essa teoria: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Foi o movimento estudantil setorial, não tão perseguido pela repressão quanto o movimento estudantil em geral, que liderou o debate de temas como a saúde comunitária. O seu desenvolvimento como movimento evoluiu tanto na sua integração com o movimento estudantil mais geral quanto na constituição do Cebes, a pedra fundamental do movimento sanitário. O trabalho no Cebes significou a criação e manutenção de um órgão de difusão, de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais.

A segunda vertente é constituída pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica. Essa vertente distingue-se da anterior por significar uma atuação política em uma arena concreta: o mundo do trabalho. Os movimentos médicos trouxeram para o conjunto do movimento sanitário as relações de trabalho e as regras colocadas na sociedade brasileira durante o regime militar para o controlar. Esses movimentos caracterizaram uma nítida divisão de pensamentos (e alianças) no interior da categoria médica, entre os liberais, os empresários e os assalariados. O período aqui estudado caracterizou-se por impasses entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista. Esta última era postulada por um número expressivo de profissionais médicos, a ponto de constituir um movimento para a

conquista dos instrumentos de luta dos trabalhadores: os sindicatos. O Movimento de Médicos Residentes é analisado à parte, porque, a nosso ver, constituiu nesse período a vanguarda do movimento médico em geral.

Denominamos a terceira vertente de academia por ser assim conhecido, no nosso meio profissional, o campo de atuação na área de docência e pesquisa. Nela, foi construído o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e nela se formaram os agentes reprodutores/construtores desse marco teórico. A academia foi a vertente que deu origem ao movimento sanitário e cuja manutenção é sua base de consolidação, já que ela dá o suporte teórico às propostas transformadoras.

# 4 O Movimento Estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

## O Movimento Estudantil

Na primeira parte deste livro, afirmou-se que o movimento sanitário originou-se nas universidades, em ação conjunta de professores e alunos. Apontou-se, também, a pressão exercida pelos estudantes de medicina para uma aproximação maior com a realidade sanitária da população. Naquele momento, a UNE, tornada ilegal pela ditadura militar, encontrava grandes dificuldades de reorganização. Na massa estudantil, que superava a casa de um milhão, predominavam alunos de faculdades particulares, pouco identificados com as lutas populares. A ação repressiva estava mais dirigida contra o movimento estudantil do que contra os movimentos de periferia e as lutas sindicais (Kucinski, 1982).

Exemplo máximo dessa ação repressiva preferencial foi, em 1977, a operação militar sem precedentes montada para cercar todas as estradas que levam a Belo Horizonte, onde seria realizado o III Encontro Nacional de Estudantes (ENE). Na ocasião foram presos 850 estudantes. Nova tentativa de realizá-lo, na PUC de São Paulo, também foi reprimida com grande violência.

> *Somente a partir de fins de 1977, a repressão começa a recuar, mas em nenhum momento, nas universidades, a abertura foi outorgada. Teve que ser conquistada palmo a palmo, desde o primeiro ciclo de 'debates', realizados sob forte tensão e muitas vezes proibidos, até o Congresso em Salvador, em maio de 1979, onde se reorganiza a União Nacional dos Estudantes.* (Kucinski, 1982:108)

Setorialmente, os estudantes se organizaram nas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesacs), até certo ponto ignoradas pela repressão, que não identificou o caráter político das discussões. Mesmo assim,

> *na véspera da abertura da I Sesac, em Belo Horizonte, houve um atentado terrorista contra o Diretório Acadêmico da Medicina e foram quebrados todos os vidros. Mas, na verdade, as discussões na Sesac não foram alvos de ações repressivas como aconteceu, por exemplo, com as tentativas de realização do ENE. Acredito que a questão da Sesac passou meio despercebida porque não era a forma de organização tradicional do movimento contestatório. Movimentos muito menores que a Sesac foram muito mais reprimidos. A tentativa de fazer o III*

*ENE que foi em Belo Horizonte deu centenas de prisões e a mesma equipe que participava da Sesac não sofreu nada. Acho que os cartazes, as discussões revestiam-se de aspecto técnico e que não se percebia muito, na época, qual era a importância que pudesse ter.* (Campos, 1986)[29]

De 1976 a 1978, o Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem) transformou-se em encontro político, canalizando as discussões para os aspectos sociais da saúde. Essa foi uma estratégia de núcleos estudantis de 'oposição', congregados em parte nas Sesacs.

*Até 1976 o Ecem era uma coisa basicamente oficialista, onde o aluno apresentava o trabalhinho que fazia como ajudante do professor. Financiado pelo MEC, o estatuto do Ecem continha a proibição de se tratar de questões políticas. Então, o setor mais progressista ou de esquerda do movimento estudantil, naquela época, não encontrava no Ecem nenhum espaço para realmente discutir as questões.* (Campos, 1986)

No meio estudantil, as propostas de discussão sobre saúde comunitária atraíam estudantes resistentes a um envolvimento maior com os diretórios acadêmicos. "Aconteceram dois movimentos: de um lado a baixa politização dos estudantes de medicina refletida de certa maneira no Ecem e, de outro lado, o sentimento de algumas lideranças estudantis de que os assuntos propriamente políticos, ou seja, discutir conjuntura, não estavam atraindo as pessoas e não se conseguia um ponto de aglutinação dos estudantes" (Campos, 1986).

A partir dessa constatação, em julho de 1974 organizou-se em Belo Horizonte a I Sesac, que já nasceu com a perspectiva de "reunir estudantes, professores e profissionais para debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento" *(Saúde em Debate,* (2):58-59, 1977).

Os organizadores da I Sesac eram membros do Centro de Estudos de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Sua principal motivação para realizar as semanas sobre saúde comunitária foi a necessidade de compreender melhor e de se posicionar frente à realidade de saúde da população brasileira. "À medida que participávamos da análise da realidade brasileira através de grupos de discussão na Faculdade de Medicina surgiram opções para o futuro trabalho na área da Saúde." *(Saúde em Debate,* 1977). "Então tomamos conhecimento de um documento intitulado 'Medicina da comunidade – a saúde na mão do povo', elaborado por alunos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. (...) Identificamo-nos com a exposição dos colegas de Brasília e sentindo falta de subsídios para o aprofundamento de nossas preocupações, decidimos promover a I Sesac" (Campos, 1986).

Nos contatos para a realização dessa semana, estabeleceram-se vínculos do grupo da UFMG com os de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro.

---

[29] Campos, F. E. Entrevista concedida à autora.

*Resolvemos fazer um evento que se diferenciasse do evento Ecem. E foi marcado para julho, exatamente uma semana depois do Ecem, de forma que aqueles setores de esquerda, que estavam no Ecem, pudessem vir a participar desse evento. (...) Existiam tão poucas promoções naquele tempo que para você ter uma idéia os convidados vieram e ficaram a semana inteira: Sergio Arouca, Cecília Donnangelo, Guilherme Rodrigues da Silva, Hésio Cordeiro, todos, a semana inteira.* (Campos, 1986)

Por sua origem, pela dimensão que conquistou dentro do movimento estudantil do setor saúde – ultrapassando o Ecem, por ter assumido um caráter político desde o seu início – e por congregar não só estudantes de medicina mas de toda a área da saúde, a Sesac foi tanto um *locus* de formação da consciência sanitária entre os estudantes e quanto de difusão do pensamento da corrente médico-social do movimento sanitário.

As Sesacs foram realizadas onde havia apoio institucional de universidades ou secretarias que desenvolviam projetos de medicina comunitária ou de extensão de cobertura através da medicina simplificada: 1975 em Campinas, 1976 em Curitiba, 1977 em Londrina. Observa-se que a formação da consciência sanitária nesse *locus* se faz na direção de duas idéias-chave: pela democratização do País e do setor, e contra a privatização da saúde em um movimento similar ao que ocorria em outros fóruns.

Na realidade, os estudantes arcaram com o peso da organização, divulgação e realização das duas primeiras Sesacs, embora elas tenham sido imaginadas como espaço de reunião não só de estudantes, mas também de profissionais e professores da área. E o movimento estudantil vivia um processo intenso de diferenciação interna e de radicalização, configurando-se nitidamente as diversas tendências políticas. Em Campinas, a radicalização do movimento estudantil coincidiu com a situação de quase incompatibilidade dos professores do departamento de medicina preventiva com a Unicamp. E iniciou um processo que iria até 1978, na V Sesac, quando, então, esse fórum iria esvaziar-se até desaparecer. “Na II Sesac o movimento estudantil tomou a decisão de intervir no Ecem, quer dizer, recuperar o fórum Ecem e, em 1976, após a III Sesac em Curitiba, a reunião anual do Ecem já foi feita com uma estrutura controlada pelos estudantes. Exatamente por isso o Ecem perdeu toda ou quase toda a ajuda oficial” (Campos, 1986).

Durante o 8º Ecem, realizado em Maceió em julho de 1976, os estudantes discutiram o controle da natalidade, a padronização do currículo mínimo das escolas e a medicina comunitária. Sobre esse último tema, observava-se no relatório final: “os programas de medicina comunitária, tanto os governamentais quanto os desenvolvidos pelos departamentos de medicina preventiva, são planejamentos de cúpula, elaborados sem a participação ativa das comunidades, que não têm acesso aos mecanismos de decisão e encontram restrições para expressar seus interesses.” Destacava-se, também, a necessidade de amplos debates sobre a questão, para o que seria preciso “dispormos de

liberdade de discussão dentro das faculdades, a fim de que possamos realmente ter uma participação crítica na sociedade em que vivemos" (Ecem, 1976).

Ainda neste ano, um número significativo de profissionais participou da III Sesac, realizada em Curitiba, atraídos pelo crescimento das Semanas e pela possibilidade de discussão dos projetos alternativos em andamento.

Em 1977, em Santa Catarina, o temário do 9º Encontro Científico de Estudantes de Medicina era constituído por discussões sobre condicionantes de saúde, orientação para reforma de currículo e participação estudantil. Destacam-se as conclusões sobre 'condicionantes de saúde' para demonstrar como as organizações setoriais estudantis conseguiram promover uma discussão cerceada na organização nacional, a UNE. O relatório final apontava:

> *Mesmo uma análise superficial permite identificar a causa básica da existência de um quadro tão grave da saúde do brasileiro no seu baixo nível de renda (...) esta situação de brutal desigualdade no plano econômico é garantida, no plano político, por um regime violentamente repressivo que atuando em todos os níveis (...) age no sentido de impedir o avanço da consciência e da organização de amplas camadas de descontentes da população e, fundamentalmente, das classes trabalhadoras. (...) Deste modo, hoje a política nacional de saúde se resume a medidas paliativas que em nada contribuirão para uma verdadeira melhoria na realidade de saúde brasileira. Esta situação se reflete diretamente no ensino médico, quando o nosso currículo é orientado para uma prática médica de especialização, em detrimento da formação do médico generalista de que precisamos.*

E conclui: "tendo em vista os aspectos analisados, achamos que a melhoria dos níveis de saúde da maioria da população brasileira está intimamente relacionada com a organização livre e independente dos trabalhadores em suas entidades representativas para que possam conquistar reais avanços de seus níveis de vida e saúde." (Ecem, 1977)

Neste ano, a IV Sesac, em Londrina, voltou a contar com a presença e a atuação dos profissionais, articulados principalmente ao redor do Cebes, mas também através da ANMR, em processo de crescimento organizacional, e da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Amerj), um núcleo de resistência durante todo o período mais repressivo do regime militar. Assim organizados, os profissionais de saúde propuseram dividir responsabilidades com os estudantes sobre discussão, definição, organização e promoção das futuras Sesacs. Isso realmente aconteceu por ocasião da V Sesac, no ano seguinte, em Santo André (SP). No entanto, o processo de crescimento organizacional em outros *loci,* como o Cebes, os sindicatos e o movimento de médicos residentes, parece ter reduzido a participação dos profissionais nas Sesacs que continuaram sendo realizadas em 1979, em Florianópolis, e em 1980, em Vitória. Os profissionais passaram a compartilhar, não a organização e divulgação do evento, e sim o conhecimento desenvolvido no campo da medicina social[30].

A IV Sesac foi, portanto, um momento *sui generis de* encontro entre profissionais e estudantes, e o relato que dela fazem Eric Rosas e Francisco Eduardo Campos (*Saúde em Debate* (4), 1977:69-70) traça um panorama do movimento sanitário naquele ano. Para o Cebes

> *a Sesac deve ser um momento privilegiado de discussão das lutas específicas e mais gerais em relação às questões de saúde, um espaço aberto para que todos se encontrem, permutem suas experiências e organizem seu combate – reunidos em torno do problema comum: a saúde comunitária. Para os profissionais, tal responsabilidade está, hoje, em ampliar ao máximo suas formas de organização, os espaços para o debate e suas frentes de luta, seja através das associações profissionais, dos sindicatos específicos, das Sociedades Médicas e do próprio Cebes, seja através de eventos como a Sesac, a SBPG, Congressos da Abem, Ecem e outros seminários, encontros e congressos, mantendo desta maneira viva a chama da discussão e lutando pelo acesso da maioria da população à saúde, e não só à saúde como também a uma maior participação na vida nacional, somando seus esforços ao de todas as demais entidades e setores que lutam pelas liberdades democráticas.*

Estava, então, em curso o trabalho desenvolvido desde 1974 entre a Fundação Universidade Estadual de Londrina (Fuel) e a Prefeitura Municipal: o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar, financiado pela Fundação Kellog e pela Opas, que, tendo como modelo a atenção primária de saúde, ampliou os serviços básicos com diretrizes semelhantes a outras experiências em andamento no País. No entanto, essa experiência diferenciava-se das demais por acontecer em um município altamente urbanizado, onde predominava a forma de organização privada liberal da medicina brasileira, o que não ocorria com a maioria dos demais projetos, geralmente dirigidos a populações rurais e desassistidas (Almeida, 1979). Essa experiência, que em 1977 atravessava uma fase de ampliação, foi relatada na IV Sesac, assim como os projetos de Montes Claros (MG), Capim Branco (MG) e Porto Nacional (GO). A apresentação dessas e de outras experiências, nos anos seguintes, fez com que um número crescente de estudantes do último ano procurasse esses locais para exercitar seu aprendizado, engajando-se profissionalmente em propostas alternativas de condução e organização dos serviços de saúde.

Também foram importantes as discussões travadas em 1976 e 1977 nos congressos da Abem[31] – que, mesmo em transformação e de certa forma 'em sintonia' com o que vinha ocorrendo em outros fóruns, manteve com o movimento sanitário um vínculo indireto e restrito. Indireto, na medida em que não compartilhava da luta mais geral do movimento sanitário – pela

---

[30] Ver Pellegrini Filho (1978).

[31] Para mais detalhes sobre essa entidade, consultar Veras (1981).

democratização e contra a privatização – restrito, por se ater ao campo da medicina, ao passo que o movimento sanitário trabalhava com o da saúde.

Na V Sesac, realizada em 1978 em Santo André, foram apresentados alguns trabalhos que vinham sendo desenvolvidos no Peses. Nessa semana, o movimento estudantil

> *estava muito radicalizado. Era um espaço retórico, de marcar posição política, sem transformar-se num espaço de discussão de experiências profissionais. A Sesac começou a tomar um caráter muito teórico e começou a perder seu sentido frente a uma conjuntura em que o movimento estudantil passava pela reestruturação da UNE e, posteriormente, o Ecem, recuperado dos 'oficialistas' passou a ser membro do Conselho Nacional de Entidades Médicas (Conem), da UNE. Por outro lado, tinha o Cebes e começava a ter, ao nível do sindicalismo médico, um outro tipo de luta mais corporativa. Então, talvez sejam esses os principais motivos que levam, num certo momento, a Sesac a desaparecer.* (Campos, 1986)

O movimento estudantil setorial teve uma atuação específica no interior do movimento sanitário, participando tanto na sua origem como na sua articulação. Seu desenvolvimento mostrou certa contradição com as dificuldades encontradas pelo movimento estudantil mais geral para reorganizar a UNE. Os encontros estudantis setoriais, neste momento, são fóruns políticos não só pelo 'deslocamento' da visão predominante sobre os assuntos científicos, mas também pela organização ativa e dirigida para a discussão das questões políticas e sociais da saúde. Durante esses encontros, também difundiu-se a ideologia do assalariamento, engajaram-se futuros profissionais em projetos alternativos e discutiram-se a formação do profissional e as necessidades de transformações curriculares. Mas, sobretudo, difundiu-se e ampliou-se o movimento sanitário, que, em suas origens encontrou no movimento estudantil uma de suas maiores bases de ação. Em uma estratégia que envolvia o conjunto dos estudantes da área de saúde, difundiu-se uma ideologia e uma estratégia de luta, e ampliou-se a consciência sanitária e social.

## O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Quando se realizou, em Brasília, a 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em julho de 1976, a sociedade brasileira dispunha de poucos canais para manifestar sua oposição ao regime. As conseqüências e as causas políticas do 'milagre' já eram tão patentes no ambiente universitário que levaram a transformação desse fórum científico em fórum político.

As reuniões da SBPC passaram a congregar um número cada vez maior de pessoas exigindo a redemocratização do País. Por este motivo, a partir de

1977, foram controladas pelas forças da repressão, que chegaram até mesmo a impedir a realização da reunião desse ano, em Fortaleza. "Em 1976, todas as energias da oposição liberal ao regime concentraram-se num dado momento na reunião anual da SBPC. Ali, em clima de grande tensão, à sombra do próprio Palácio, a comunidade acadêmica, no seu sentido mais amplo e convencional, repudia os valores do estado autoritário e pede o retorno aos quadros universitários, dos professores expurgados pelo regime" (Kucinski, 1982:106).

Por essas reuniões anuais da SBPC terem se tornado um novo espaço de debate político contra o autoritarismo, a reunião de Brasília atraiu um grupo de pessoas ligadas aos departamentos de medicina preventiva e social do Rio de Janeiro e de São Paulo. Nela discutiu-se a formação de uma entidade aglutinadora do 'novo' pensamento em saúde, à semelhança das demais associações e sociedades da SBPC (Arouca, 1986)[32].

Grande parte dos componentes desse grupo tinha passado pelo departamento de medicina preventiva da Unicamp, que até 1975 constituíra um centro de atração nacional de pessoas com passado de trabalho político na área da saúde. Ali se iniciara a análise do processo saúde/doença pelo ponto de vista do materialismo histórico. Após o conflito entre esse departamento e a reitoria da Unicamp, o grupo se fragmentou: uma parte foi para São Paulo, para o mestrado no DMP da USP ou para a SES, particularmente para o projeto da Zona Leste; outra parte foi para o Rio de Janeiro, onde daria início ao desenvolvimento do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (Peses), da Finep/Fiocruz.

Esse grupo tornou a congregar-se na reunião da SBPC em Brasília, que atraiu pessoas de São Paulo e do Rio de Janeiro, muitas delas vinculadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB). Ali foram apresentados os projetos que o Peses iria iniciar e as conclusões de trabalhos realizados na Unicamp. A organização da SBPC dividiu as apresentações em diferentes grupos – medicina, epidemiologia etc. – onde a discussão diferia totalmente do enfoque adotado por esse grupo. Analisando a SBPC como "um espaço a ser trabalhado" cuja organização era feita a partir de associações, percebeu-se,

> *simultaneamente, que a SBPC era o grande espaço de debate político e que para trabalhar nela a gente precisava de uma entidade. Para trabalhar esse novo momento político que estava começando para a sociedade brasileira, era fundamental ter uma instituição que começasse de uma forma ampliada um debate das questões políticas da área da saúde. (...) Já na assembléia final da SBPC começamos a colocar a questão da política da saúde. É a partir disso que, principalmente, o grupo de São Paulo faz a proposta da criação do Cebes.* (Arouca, 1986)

> *O Cebes surge a partir de uma proposta lançada por um numeroso grupo de médicos que fazia o primeiro curso de Saúde Pública na*

[32] Arouca, A. S. S. Entrevista concedida à autora.

*Faculdade de Saúde Pública da USP. A origem desses médicos eram os Departamentos de Medicina Preventiva e Social da USP, Unicamp, Sorocaba, Botucatu, Santa Casa de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, bem como pessoas ligadas à UFRJ e à Amerj – Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro. (Saúde em Debate* (5), 1977:63-64)

Na verdade, segundo Arouca, "nascia *Saúde em Debate,* não o Cebes. O Cebes aparece inicialmente como a forma de permitir que a revista seja lançada. Para fazer e divulgar uma revista que pudesse ser o veículo de todo esse pensamento crítico na área da saúde, era necessário ter uma instituição que a viabilizasse". Ele explica que o Cebes "já nasceu com uma discussão, e continuou sempre, até hoje. A primeira pergunta foi se o Cebes era um instrumento de lançamento da revista ou se o Cebes era uma instituição que tinha um projeto político na área da saúde, de organização de pessoal de esquerda, progressista, e que, no seu âmbito de trabalho tinha uma revista."

A idéia de se lançar uma revista foi logo ampliada "para a criação de um Centro de Estudos que promovendo um amplo debate, envolvesse vários setores e constituísse um núcleo de opinião capaz de influenciar os profissionais de saúde." *(Saúde em Debate* (5), 1977:63). Essa ampliação deu-se através da própria organização para o lançamento e a distribuição da revista: começaram a surgir núcleos de até duas ou três pessoas, que foram crescendo paulatinamente. Além do Rio e de São Paulo, formaram-se núcleos em Belo Horizonte, Recife e Salvador.

Em 4 de novembro de 1976, o Cebes lançou a revista *Saúde em Debate,* com o objetivo de "ampliar e levar adiante as discussões e a análise do setor saúde como componente do processo histórico-social, no sentido de reafirmar a íntima relação existente entre saúde e a estrutura social. Nossos colaboradores, de várias maneiras, acumulam experiências nessa área e têm, na defesa dos interesses coletivos, a regra norteadora de suas realizações" *(Saúde em Debate,* (1), 1976:3). Como patrono, foi escolhido o professor Samuel Pessoa, falecido naquele ano, "um de nossos maiores inspiradores", que fora expurgado pelo regime e a quem foi dedicado o primeiro número da revista.

O Cebes materializou e difundiu o pensamento médico-social, como afirma o primeiro editorial ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitarista, que já tinha sido permeado pelas ciências sociais marxistas. Apesar de ter atuado em um cenário inicialmente limitado, conseguiu expandir-se e crescer como força organizada da sociedade civil, pelo fato de aglutinar um conjunto de estudantes e profissionais da saúde cada vez mais descontentes com os rumos da assistência à saúde no País. Dessa forma, foi uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado.

## Os Primeiros Anos: da democracia tudo dependia

Esse primeiro momento foi "uma fase de *Saúde em Debate* e de começar a refletir sobre esse espaço de relação entre o pensamento da academia e o que estava acontecendo na sociedade brasileira em geral, passando pela SBPC" (Arouca, 1986).

O espaço de atuação do Cebes foi amplo: na seção de informes do primeiro número da revista foram anunciados o XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, o XI Congresso Nacional de Médicos Residentes e o VIII Encontro Científico de Estudantes de Medicina (Ecem).

"Nesse primeiro número tem muito do que vinha sendo produzido na Unicamp. Mesmo o texto de saúde comunitária, com uma abordagem epistemológica do trabalho político, tenta passar, em uma linguagem quase cifrada, que existia um caminho de trabalho político na área de saúde" (Arouca, 1986). A revista trazia análises de modelos assistenciais, programas comunitários e projetos institucionais, difundindo, enfim, o corpo doutrinário do movimento sanitário.

O Cebes publicava a revista e promovia encontros, mesas-redondas, debates e reuniões que discutiam vários aspectos do setor saúde.

Arouca (1986) define o Cebes como "um centro de estudos que organiza debates sobre planejamento familiar, Previdência Social, medicamentos. Começa a transformar figuras do pensamento crítico na área da saúde – como Gentile de Mello e Mário Vítor de Assis Pacheco – em nacionais a partir da divulgação desse trabalho. E, começa efetivamente a se transformar num centro de estudos".

Em 1977, o segundo número da revista trazia uma primeira avaliação:

> *O Cebes é hoje uma realidade. Embora a estruturação dos núcleos só esteja avançada em São Paulo e Rio de Janeiro, o número de sócios alcançou 1000 e contamos com capacidade operacional para realização dos objetivos, como ficou demonstrado nos lançamentos levados a cabo em São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Porto Alegre, Brasília, Vitória, Campinas e Sorocaba. (...)* Saúde em Debate *encontrou muita receptividade e atualmente temos aproximadamente 4000 assinantes. (...) A principal atividade do Centro será editar a revista (...) afora isso, o Cebes tem o dever de participar ativamente da vida, das promoções, de entidades que congreguem profissionais de saúde. Deve, igualmente, prestar assessoria a organismos diversos, em suas atividades relacionadas com saúde, como sindicatos, associações de bairro, órgãos de imprensa, entidades estudantis, os diversos níveis do poder legislativo, escolas, etc. (...) Para 1977, além das atividades relacionadas acima, destacam-se duas: nossa participação na Reunião Anual da SBPC em Fortaleza e a perspectiva da realização do XIX Congresso Brasileiro de Higiene* (*Saúde em Debate* (2), 1977:60-61).

Também no editorial do segundo número o Cebes posicionou-se no cenário setorial. Na discussão das modalidades de exercício da medicina no Brasil, três grupos de pensamento foram identificados:

> *Um ligado aos interesses das empresas médicas, fortemente organizado e influente, apesar de minoritário entre os profissionais, que obtém apreciáveis recursos oriundos do INPS. O segundo grupo, que reúne, acreditamos, a maior parte dos médicos, é representado pela Associação Médica Brasileira e suas federadas, dispondo de numerosas publicações para difundir suas idéias. Defende a tradicional modalidade de exercício, a livre escolha, o pagamento por unidade de serviço, opondo-se, ao nosso ver; a um processo historicamente irreversível. No terceiro grupo, em expansão, nos incluímos: a dos assalariados, mas com direitos trabalhistas atendidos, (...) com disposição de lutar por um Sistema Nacional de Saúde, público, institucional sem fins lucrativos, cuja definição e rumos sejam dados pelas entidades legitimamente representativas dos usuários, (...) ou seja, que é capaz de conciliar as exigências éticas fundamentais da profissão com a elevação do nível de saúde da população, e com o preceito, também ético, e com o qual nos identificamos, de que* a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros. (grifo nosso).

Analisando os dois primeiros números da revista, observa-se que:

- a criação do Cebes foi a pedra fundamental na organização de um movimento social: o movimento sanitário de origem preventivista;
- o Cebes posicionou-se no cenário político do setor difundindo o pensamento médico-social e atuando nas entidades profissionais, disseminando a ideologia em que o assalariamento é visto como uma aproximação com as classes populares, podendo ser utilizado na transformação da ideologia médica liberal;
- o Cebes definiu claramente seu espaço no cenário político do setor: não criticou apenas os interesses empresariais – o principal inimigo, representado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e secundariamente pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) – mas criticou também a posição retrógrada e reacionária de entidades corporativas médicas como a AMB.

O Cebes procurou ampliar sua base de adesão, articulando-se a Sesac, Ecem, Abem, SBPC e as diversas faculdades, assumindo uma postura ideológica nova: "a do assalariado que luta para que a saúde seja um direito de cada um e de todos os brasileiros."

Em meados de 1977, o Cebes viveu sua primeira 'crise'. No editorial do terceiro número de *Saúde em Debate,* apontava-se a existência de duas concepções de atuação

> *não excludentes, que polarizam os interesses de grande número de associados. A primeira afirma o* Cebes *como aglutinador das tendências*

> *renovadoras do setor saúde, em nível profissional, com o objetivo de coordenar esforços para desenvolver políticas de saúde mais adequadas à realidade brasileira (ou 'necessidades sanitárias da população'). A segunda concepção, sem subestimar o trabalho nas entidades de profissionais de saúde, quer desenvolver atividades voltadas mais diretamente à comunidade através de suas várias organizações. Na realidade, as duas concepções se harmonizam, quando o Cebes é concebido como* um grande grupo de opinião, *capaz de promover o debate sobre os reais problemas de saúde, adequando os interesses dos profissionais às necessidades da população...* (grifo nosso).

Se é verdade que o Cebes já era um grande grupo de opinião, a evolução dos fatos evidenciou que as duas concepções não chegaram a se harmonizar. De maneira geral, mas principalmente na Região Sudeste, os núcleos do Cebes dedicaram mais atenção ao trabalho com os profissionais – e, posteriormente, com as instituições – do que às atividades diretamente voltadas para a comunidade, através de suas organizações.

Nesse mesmo editorial encontram-se os princípios básicos desse 'movimento de opinião' em torno dos quais os profissionais se aglutinaram e construíram propostas e projetos: "democratização do setor saúde e Reforma Sanitária que deve ter como marco a unificação dos serviços de saúde, públicos e sem fins lucrativos, com a participação dos usuários estimulada."

A Reforma Sanitária (lema originado da experiência italiana) persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/1986. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento como a imagem-objetivo do instrumento viabilizador das propostas. A democratização passou a ser o princípio básico: da democracia tudo dependia. Nesses três primeiros anos de existência, o Cebes representou, com essa proposta, a sua adesão aos demais movimentos sociais, tais como o movimento contra a carestia e a luta pela anistia. Esse princípio básico foi exposto no documento intitulado "A Questão Democrática na Área da Saúde", apresentado em 1979 no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados e acatado por unanimidade como posição oficial da reunião.

O Cebes, que inicialmente tinha como lema a luta pela Reforma Sanitária, pela unificação do sistema de saúde e pela democracia, acabou por se concentrar "durante aquele período na luta que era a luta fundamental: a luta pela derrubada da ditadura. Então, *Saúde e Democracia* passa a ser o grande lema do Cebes por um longo período" (Arouca, 1986).

Como parte da estratégia de ocupação dos espaços aglutinadores dos profissionais de saúde, o movimento sanitário começou a pressionar pela realização do Congresso Brasileiro de Higiene, que a Sociedade Brasileira de Higiene (SBH) não realizava havia sete anos. A necessidade de renovação dessa entidade foi destacada desde o primeiro número de *Saúde em Debate,* mas a SBH resistiu à introdução de um pensamento novo, chegando ao

ponto de rasgar as fichas de inscrição de profissionais reconhecidamente ligados à medicina social ou à saúde coletiva. Antes da realização do congresso, o editorial do quarto número de *Saúde em Debate* (1977) analisava:

> *Passados sete anos, persistem os esforços obstinados dos que gostariam de que a Saúde Pública 'ficasse no seu lugar' – ela não deveria preocupar-se com a assistência médica, regionalização e hierarquização da assistência hospitalar ou saneamento nas grandes cidades, menos ainda com indústria farmacêutica ou poluição do meio ambiente. [No entanto] cabe reafirmar hoje, mais do que nunca, que* o *campo de conhecimentos e atividades que é a Saúde Pública têm amplos objetivos: a elevação dos níveis de saúde da população, por meio de medidas de alcance coletivo e individual, a partir da participação ativa da comunidade.*

O Cebes pressionou muito pela realização do XIX Congresso Brasileiro de Higiene, que por fim aconteceu no Palácio das Convenções do Parque Anhembi, em São Paulo, em outubro de 1977. Embora não significasse grande ocupação de espaços ou muitas adesões, foi um momento importante para o movimento sanitário e para a auto-percepção da existência relativamente organizada e coesa de um grupo.

Durante esse congresso, o Cebes realizou a sua I Assembléia Nacional, e passou a ter uma posição mais beligerante na luta pela democracia. Com base em uma proposta do XII Congresso da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), o centro decidiu promover em várias capitais o Dia Nacional de Saúde e Democracia, divulgando uma carta dos profissionais de saúde à população brasileira. Com milhares de assinaturas, o documento "faz em traços fortes, o diagnóstico do panorama da saúde no Brasil, aponta em linhas gerais a saída – fim dos privilégios dos grupos privados, melhores condições de vida para o povo, democracia – e declara que profissionais e população têm interesses coincidentes" (*Saúde em Debate* (4), 1977).

A partir de então, o Cebes, como entidade dos profissionais de saúde, concentrou suas atividades na luta geral da sociedade brasileira pela democratização e contra a carestia, e, no âmbito setorial, na reorganização das entidades médicas. Aparentemente, a participação nas entidades médicas minou a capacidade organizacional do próprio Cebes. Em meados de 1978, a validade de sua manutenção era questionada em vários núcleos, principalmente no Rio de Janeiro. Criado como um centro de estudos para "promover o debate dos problemas de saúde, dentro de uma perspectiva social mais ampla, na verdade, o Cebes funcionou neste período (1977-1978) como um centro aglutinador de oposições que ainda não conquistara seus canais de expressão" (Cebes, 1979a).

Nesse segundo momento, o Cebes satisfazia

> *duas grandes necessidades da esquerda da saúde: de um lado, a criação de um local de discussão onde pudesse ser apresentada sua proposta*

> *política. Um espaço que não fosse o institucional nem o acadêmico (...) mas que permitisse a formulação de um projeto alternativo. (...) era um momento em que explodiam os cursos de saúde pública, surgiam vários programas, aumentava numericamente a massa de sanitaristas que sentia a necessidade desse tipo de espaço. Por outro lado, existia a necessidade de um local para reunião das oposições sindicais. As oposições sindicais do Rio e São Paulo surgiram praticamente dentro do* Cebes. (Rosas, 1986)[33]

Em virtude de seu envolvimento com o movimento sindical e com a renovação das entidades dos profissionais de saúde, no final de 1978, o Cebes entrou em uma crise que perduraria até meados de 1979, evidenciada na própria revista, que só voltou a ser publicada no início de 1980. Essa crise, iniciada com o afastamento de vários profissionais que passaram a atuar no movimento sindical, tornou-se uma crise de projeto. "Começa a discussão se cabia ou não a existência de um núcleo na luta cultural." A discussão e a subseqüente superação da crise mostraram que o Cebes deveria "ter um certo afastamento do movimento corporativo e procurar ancorar o seu projeto político, no que começa a aparecer como uma força muito grande, a questão da sociedade civil. Começar uma ligação com o trabalho político mais geral e colocar o conhecimento que ele detinha para as associações populares" (Arouca, 1986).

Esse período de descontinuidade – mas não de paralisia – não atingiu de maneira igual todos os núcleos do Cebes. Essa entidade era composta por

> *um grupo de posições políticas bastante heterogêneas. Ainda que existisse uma hegemonia do Partido Comunista Brasileiro dentro do* Cebes*, ele era heterogêneo porque pessoas passaram a encontrar no* Cebes *um local onde discutir as frustrações no exercício profissional. Então, vão aparecer os grupos que estavam fazendo a crítica da psiquiatria ... (...) discussões sobre saúde da mulher, do trabalhador... tudo refluía para o* Cebes*. Depois se vão. O tema saúde da mulher, por exemplo, vai para o movimento feminino. Refletiam-se, ali, as diferentes posições políticas que estavam aparecendo na sociedade. (...) E a discussão do espaço institucional como espaço de luta política estava muito presente.* (Arouca, 1986)

Nessa época, o Cebes participou de um outro fórum de aglutinação, restrito aos 'altos escalões intelectuais' do movimento sanitário, que chegou a receber o nome de 'Projeto Andrômeda'. A idéia surgiu no XIX Congresso Brasileiro de Higiene, em 1977, e tinha como objetivo articular em uma proposta comum pessoas 'de esquerda' com vinculação institucional. Em 1978 houve duas reuniões. Nenhum projeto foi formulado, embora tenha havido concordâncias quanto a algumas estratégias. Deste modo, adotou-se um modo de ação que ocorre ocasionalmente: dirigentes ou intelectuais de

---

[33] Rosas, E. J. Entrevista concedida à autora.

esquerda, com espaço de ação institucional, reúnem-se para unificar suas análises e propostas, unindo forças. O nome adotado pelo grupo, com um toque de ficção científica, demonstrava a consciência da pouca viabilidade política daquelas propostas. Para alguns, as reuniões do Projeto Andrômeda serviam "para conversar, para definir com melhor precisão as idéias, definir estratégias que pudessem viabilizar eventualmente essas idéias e articular ações para ocupar espaços na medida em que esses espaços se apresentassem ou para fabricar espaços" (Macedo, 1986)[34]. Para outros, o Projeto Andrômeda não chegou a ser um projeto, e sim uma série de reuniões de cúpula com participação restrita a pessoas com penetração institucional, ainda raras naquela ocasião. As bases do movimento sanitário seriam os núcleos do Cebes; seus intelectuais seriam Carlos Gentile de Mello, Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Carlylle Guerra de Macedo, Eduardo Kertesz e Mário Magalhães; sua cúpula, o Projeto Andrômeda (Nogueira, 1986)[35].

Na primeira semana de novembro de 1978, em um gesto de ousadia diante de sua situação financeira sempre precária, o Cebes lançou o livro *Medicina e Política,* do médico e professor italiano Giovanni Berlinguer, e trouxe o autor para uma semana de lançamentos e conferências no Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia.

Pagar a passagem de ida e volta desse famoso autor italiano era uma ousadia financeira para um centro de estudos que mal conseguia sobreviver com a contribuição de seus associados, as assinaturas da revista e a venda de livros. Porém, a vinda do Professor Berlinguer – deputado do Partido Comunista Italiano (PCI), irmão do então Secretário-Geral do PCI – representou, acima de tudo, uma ousadia política. Pela primeira vez durante a ditadura, um parlamentar comunista entrou no País e falou livremente, sem qualquer problema com a polícia política. Talvez por se tratar de um renomado professor de medicina do trabalho na Universidade de Roma e de medicina social na Universidade de Sassari, com vários livros publicados – enfim, uma personalidade respeitada.

No âmbito da 'academia',

> *já tinha se passado por essa fase de procurar quais eram os núcleos que existiam na elaboração do pensamento crítico. Inicialmente tinha se identiflcado o grupo francês com o estruturalismo: Boltansky, Bourdieu, Michel Foucault, Canguilhem; tinha um grupo na América Latina, muito divulgado e organizado por Garcia; tinha se encontrado um grupo de pessoas de esquerda na Inglaterra e se descobriu um grupo, principalmente ligado ao PCI na Itália, Basaglia, Laura Conti, em que a figura fundamental era e ainda é o Berlinguer. O Cebes o que faz é contactá-lo para publicar seus livros.* (Arouca, 1986)

---

[34] Macedo, C. G. Entrevista concedida à autora.

[35] Nogueira, R. P. Idem.

Para o movimento sanitário, foi marcante descobrir Giovanni Berlinguer, e a relação que faz entre saúde e democracia – "ditadura e insalubridade caminham sempre juntas" (*Saúde em Debate* (9), 1980:43) – e seus trabalhos sobre saúde ocupacional e um novo relacionamento entre médicos e movimentos operários.

Segundo Rosas (1986), a idéia de criar o Cebes segue, à distância, o modelo do Instituto Gramsci. "Este era muito mais ampliado na abrangência do campo de estudos e um centro de estudos verdadeiramente partidário, no caso do PCI. O Cebes seria no âmbito da saúde o centro de estudos que, sob a hegemonia do PCB, mas aberto a todas as correntes de esquerda, seria capaz de construir uma proposta alternativa de política de saúde".

Arouca (1986) afirma que

> *a visita de Berlinguer ao Brasil, em 1978, foi da maior importância na própria definição da linha política do Cebes, de discutir como estava se dando essa luta de associar a questão da saúde com a questão da democratização. (...) Ele passa a maior parte do tempo nos debates discutindo a questão da política de saúde e dentro da política de saúde a questão da Reforma Sanitária Italiana e a criação do Sistema Nacional de Saúde. Nesse momento, o Cebes já tem uma linha editorial, está conseguindo manter a revista, tem núcleos sendo organizados pelos diferentes Estados do Brasil e está fazendo, do ponto de vista político, o salto da academia para a luta política.*

A participação de Berlinguer em conferências, debates e reuniões teve enorme importância para a linha política do Cebes, inclusive na discussão interna, fortalecendo a corrente que via o espaço institucional como um espaço de transformação e não de "fazer o jogo da ditadura". Esse debate interno só foi publicado mais de um ano depois, no número 9 da revista *Saúde em Debate*. Combatendo o conhecimento médico a serviço da exploração, Berlinguer afirmava que "o poder médico sobre os homens está justamente no fato de o médico ser proprietário de conhecimentos vitais ao homem. Quando o que se quer ter é um poder sobre as doenças e não sobre os homens, socializa-se esse conhecimento, elevando-o à categoria de saber!".

Encarando a saúde como uma conquista do povo, Berlinguer relatou a experiência italiana da década de 60, quando "movimentos operários urbanos, de trabalhadores rurais, partidos e movimentos de médicos progressistas elaboram o projeto do Serviço Sanitário Nacional que levou a luta pela saúde para as ruas, sindicatos, bairros sem esgoto, áreas sem verde e tribunas do parlamento." (Berlinguer, 1979)

O movimento sanitário italiano atingiu grande unidade, abrangência e intensidade de ação no final da década de 70 e foi um modelo para o movimento brasileiro. Quando Berlinguer retornou ao Brasil para a sua segunda visita oficial, convidado pela Abrasco a participar do I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Pela Reforma Sanitária), em setembro de

1986, encontrou o movimento sanitário brasileiro fortalecido, ampliado e atuante na luta que teve nele um de seus maiores teóricos: a luta pela Reforma Sanitária.

## O Início da Luta no Parlamento

No primeiro semestre de 1979, o Cebes tornou a entrar em crise, causada pelo suposto esgotamento de um espaço próprio de atuação. Segundo Arouca (1986a), a discussão voltou-se para uma análise da conjuntura política:

> *A questão da democratização da saúde passa pela política, a política passa por uma luta parlamentar, o Cebes detém o conhecimento técnico na área da saúde, então, ele pode se transformar num elemento de assessoria nas instituições da sociedade civil que estão levando a luta pela democratização. (...) A mudança que o Cebes faz é que além da linha ideológica, de divulgação, ele passa a fornecer a base técnica na área de saúde para os movimentos sociais da sociedade civil brasileiro*[36].

Nesse período, o núcleo de Brasília destacou-se por sua atuação parlamentar. Em virtude de sua localização, 'especializou-se' nesse espaço e fortaleceu-se quando uma série de quadros técnicos se deslocaram para o Distrito Federal para trabalhar no Piass, no Ppreps e, a partir de 1979, nos ministérios. Assessorou parlamentares progressistas da Comissão de Saúde, que se revitalizou, iniciando uma fase mais combativa e presente no cenário nacional. O resultado foi o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e realizado entre 9 e 12 de outubro de 1979. Dentro da mesma linha de assessoria, outros núcleos estavam vinculados a outras esferas de atuação, como sindicatos em São Paulo ou associações de moradores[37].

> *O Simpósio de Saúde da Câmara funciona quase como o I Encontro Nacional de Saúde: todos compareceram. Os próprios parlamentares começam a não entender o que estava acontecendo porque o número de*

---

[36] Além da permanente crise de identidade, isto é, do questionamento do seu papel como centro de estudos nas diferentes conjunturas, o Cebes enfrentou o dilema constante entre o trabalho voluntário e a necessidade de uma estrutura profissional, menos instável.

[37] A tese de Marco Aurélio da Ros (1991) identifica bem as diferenças de composição e de atuação dos núcleos do Cebes. No Rio Grande do Sul, segundo o autor, o Centro tem sua "gênese diretamente relacionada à história da medicina comunitária cujo enfoque era a antítese da medicina liberal adotada pela Amrigs". Ainda, o Cebes de Santa Catarina, desde o primeiro momento, buscou alianças com os setores populares, em particular com a Igreja (Pastoral de Saúde) com a qual "fez chegar a linguagem da Medicina Social à população de várias cidades de Santa Catarina e publicou Cadernos de Educação Popular distribuindo dez mil cópias para reflexão nas Comunidades Eclesiais de Base".

*pessoas que chegam do Brasil inteiro para participar é muito grande. E o documento aprovado é o do Cebes – que eu leio como presidente nacional do Cebes.* (Arouca, 1986)

Esse simpósio marcou uma nova fase. A partir daí, o Cebes passou a vincular-se mais à política de saúde (e o necessário monitoramento das instituições) e a ocupar de forma relativamente permanente o espaço parlamentar – que continuou sendo um espaço de sua atuação. Iniciou-se, então, uma nova fase para o movimento sanitário como um todo. A realização do simpósio tornou evidente a existência de um movimento articulado, com um projeto definido e ocupando um espaço cada vez maior na arena setorial em defesa de seu projeto.

Verifica-se, então, a importância da participação do Cebes no I Simpósio. O documento que apresentou, intitulado "A Questão Democrática na Área da Saúde", foi adotado em todos os grupos de trabalho como oficial e fechou primorosamente o relatório final. Diagnosticou uma conjuntura de miséria absoluta, em que cresceu a mobilização popular, especificamente na área da saúde, e em que a medicina brasileira viveu uma crise profunda, sendo duramente questionada. Além disto, esse documento apresentou uma proposta para uma saúde autenticamente democrática, no sentido que foi legitimado como princípio fundamental na VIII CNS e na Constituição de 1988: "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado". O documento do Cebes apresentava, para isso, oito conjuntos de medidas que objetivavam: deter o empresariamento da medicina; transformar os atos médicos em bem social gratuito; unificar o sistema de saúde; atribuir ao Estado a administração total desse sistema; entregar a esse sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos eficazes de financiamento do sistema; descentralizar esse sistema; viabilizar uma real participação popular em todos os níveis e etapas da política da saúde.

O relatório seguia, tendo como base os trabalhos dos grupos Estatização e Privatização, Hierarquização dos Serviços de Saúde, e Recursos Humanos. O primeiro apresentou, como primeira proposta de organização dos serviços de saúde, a instituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços oficiais. Com relação ao financiamento, o Cebes propunha a implantação de um Fundo Único de Saúde; com relação aos serviços particulares, a revisão imediata dos contratos, acabando com os convênios com pagamento por unidade de serviço.

Evidenciam-se, assim, as linhas principais da proposta defendida pelo movimento sanitário – que guardam estreita relação e grande semelhança com as propostas defendidas no relatório final da VIII CNS.

Em síntese: ao se analisarem a criação e o desenvolvimento do Cebes como cristalização do movimento sanitário e tomando o período caracterizado por Arouca e pela Diretoria Nacional 77/78, constata-se que, desde a sua criação até o ano de 1979, o centro atravessou as seguintes fases:

- outubro de 1976 a junho de 1977: criação. Formação dos núcleos do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Belo Horizonte. Lançamento da revista *Saúde em Debate*. "Período de passos entusiásticos mas de grandes incertezas administrativas e financeiras." Início da expansão de sócios e assinantes. Comunicação com aproximadamente 20 núcleos em todo o Brasil. Período de grande produção intelectual; publicação da revista e de vários livros, realização de eventos para discussão do setor saúde. Organização do fórum de discussão da saúde na SBPC a partir de 1977. Integração do pensamento acadêmico com as reivindicações da sociedade brasileira em geral. Constituição propriamente de um centro de estudos;
- junho de 1977 a fins de 1978: expansão das atividades como um centro de estudos. Grande desenvolvimento na luta pela democracia, particularmente na luta sindical e pela renovação das entidades. Participação no Projeto Andrômeda. Patrocínio de visita e conferências de autores estrangeiros, em particular a primeira visita de Giovanni Berlinguer;
- 1º semestre de 1979: desestruturação oriunda do suposto esgotamento do espaço próprio de atuação do Cebes. Início da discussão que orientará o trabalho mais ligado à política da Saúde. Fortalecimento do núcleo de Brasília, que iniciou a assessoria à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados;
- 2º semestre de 1979: início de uma nova fase do Cebes e do movimento sanitário como um todo. Apresentação do documento "A Questão Democrática na Área da Saúde" no 1º Simpósio sobre Política de Saúde.

Nessa conjuntura (1976/1979), o Cebes representou a pedra fundamental do movimento sanitário como movimento social organizado. Diferenciando-se das demais entidades, separadas por categorias, foi uma entidade organizadora do movimento de profissionais de saúde que difundiu um pensamento político acerca das questões da saúde através de uma linha editorial e de outras atividades; além disso, foi um centro de estudos e de elaboração de propostas alternativas à política de saúde vigente.

O Cebes é a 'transposição' de um pensamento nascido nas universidades para o seio da sociedade civil e faz a articulação do movimento sanitário com os demais movimentos sociais. Defende os interesses da população, sem estar diretamente vinculado a ela – ou melhor, em sua trajetória, esteve vinculado mais diretamente à academia ou à política institucional, parlamentar ou executiva.

Nesta conjuntura, assim como nas subseqüentes, o Cebes sofreu crises sucessivas e cíclicas, relacionadas ao questionamento do seu papel como entidade na luta cultural e ideológica. Mas perdura; se muitos de seus núcleos por vezes diminuíram e até mesmo desapareceram, ressurgiu em todos os momentos em que o movimento sanitário precisou de uma entidade para representar a sua luta.

# 5 O Movimento Médico: Movimento dos Médicos Residentes e Movimento de Renovação Médica

Consideramos o movimento médico uma segunda vertente de constituição/ação do movimento sanitário. A primeira, já descrita aqui, era constituída pelo movimento estudantil e pela atuação do Cebes, que difundia uma ideologia social e profissional, bem como uma estratégia de luta. Já a segunda vertente se caracterizava por colocar essas idéias em prática em um *locus especial* de ação: a esfera do trabalho.

Naquela conjuntura, no interior dos sindicatos, os profissionais da saúde se organizaram diante da sua nova realidade de assalariados, incorporando à estratégia de luta a ideologia do assalariamento como uma identificação com as classes trabalhadoras em geral. A luta sindical foi ampla; não se restringiu às lutas estritamente econômicas, mas partiu de uma visão já em formação sobre a política de saúde. A 'tomada' dos sindicatos por movimentos de renovação significou o reconhecimento da sua nova realidade na sociedade e no mercado de trabalho, bem como a necessidade de organização da categoria dos médicos.

No primeiro semestre de 1977, o Movimento de Renovação Médica organizou a chapa Renovação Médica, que ganhou as eleições de diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia, federada da AMB no Rio de Janeiro. A partir daí, esse movimento começou a propagar-se rapidamente, alcançando grupos que lutavam pela renovação das entidades da categoria e passando a ocupar um espaço cada vez maior no cenário sindical e político da sociedade brasileira.

Nesse movimento, configurou-se um momento de transformação objetiva da consciência de uma determinada categoria profissional que era profunda e historicamente ligada à ideologia liberal – ao 'ideal de autonomia' (Donnangelo, 1975:127) e que agora assumia uma consciência trabalhista, reconhecendo-se como classe média assalariada, empobrecida pela política econômica em vigor. A categoria médica foi, então, buscar nos instrumentos dos trabalhadores – os sindicatos, as greves, a luta salarial – os mecanismos de organização e reivindicação. Da identificação com o trabalhador resultou não apenas a ocupação dos sindicatos próprios mas também a articulação com os demais sindicatos e, ao mesmo tempo, a difusão de um conhecimento e de uma análise da política da saúde em que os médicos colocavam-se ao lado dos demais trabalhadores.

Essa tomada de consciência trabalhista dos médicos foi de particular importância, devido ao espaço e ao papel que estes profissionais e sua ideologia ocupam e determinam na equipe de saúde. Assim, o que se iniciou entre os médicos 'alastrou-se' rapidamente, atingindo outras categorias, que também passaram a se organizar na luta pela renovação de seus sindicatos e associações profissionais.

No entanto, essa tomada de consciência não foi imediata, nem atingiu toda a categoria de maneira uniforme. Na década de 70, a maioria dos médicos, organizados ou não nos conselhos ou associações de medicina, ainda defendia uma ideologia liberal em que o médico é dono do seu conhecimento e da sua força de trabalho. Nessa tomada de consciência, os residentes – a suposta nova 'elite médica' – foram os primeiros a procurar transformar a consciência da categoria, sem fugir à realidade do assalariamento, mas a partir da sua análise. Antes mesmo da ocupação dos sindicatos pela 'Renovação Médica', os residentes já se colocavam como um movimento trabalhista.

## O Movimento dos Médicos Residentes

Em meados da década de 70, a Residência Médica (RM) sofrera uma expansão significativa, tanto no número de vagas já existentes quanto na abertura de novas RMs. De modo semelhante ao *boom* das escolas médicas particulares, ampliou-se principalmente em instituições hospitalares particulares de grande e médio porte (Elias, 1987:74).

Os médicos recém-formados não tinham como fugir à realidade: embora adquirissem, dos ensinamentos dos professores nas faculdades, uma postura liberal e o desejo de exercer sua profissão em consultório, a maioria dos egressos procurava a residência médica como mercado de trabalho e como 'supletivo' de sua formação deficiente.

De acordo com Elias (1987:116), "na caracterização da residência podem reconhecer-se as dimensões educacional e a de trabalho, ela não se reduz ou esgota em nenhuma delas. Assim, a verdadeira característica, assumida pela residência, será dada pela interação destas duas dimensões em situações institucionais concretas". Porém, no Brasil, a residência médica representava para os recém-formados um mercado de trabalho particular e um adestramento. A necessidade de complementar a formação básica do recém-formado conferia ao residente uma situação de desqualificação, "pelo fato de ele não ser considerado um profissional pleno". Além disso, como 'treinamento em serviços', a residência médica estava inteiramente vinculada ao atendimento médico, portanto, já integrava a prestação de serviços de saúde à população.

No período entre 1974 e 1979, ora analisado, ocorreram transformações ideológicas concretas no mercado de trabalho. Para o movimento dos médicos residentes, essa transformação – o momento em que sua entidade representativa,

a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) abandonou a corrente pedagógica e adotou a corrente trabalhista – foi um 'salto de qualidade'.

## Breve Histórico da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR)

A ANMR foi criada em 1967 por um grupo de residentes do Rio de Janeiro e de São Paulo, "preocupados, principalmente, com o encaminhamento das questões referentes à normatização e à regulamentação da RM em nosso país" (Elias, 1987: 22-3)[38].

A atuação da ANMR pode ser dividida em dois períodos. O primeiro, de 1966 a 1974, iniciou-se com a reunião em que se propôs a criação dessa entidade e findou no IX Congresso Nacional de Médicos Residentes, em 1974; o segundo período, de 1975 até 1981, iniciou-se com a reativação das entidades estaduais do Rio e de São Paulo e perdurou até a sua regulamentação oficial.

Em sua primeira fase, a ANMR restringiu sua atuação à dimensão educacional da RM. Compartilhava com as demais entidades médicas (em particular a AMB e a Abem) da visão liberal da prática médica e buscava circunscrever a questão da RM ao âmbito da corporação. "A Residência é pensada enquanto um *projeto educacional* sob controle da *categoria médica,* destinada à *capacitação de especialistas para exercer a medicina liberal'* (Elias, 1987:80) (grifos nossos).

Foram essas as principais características desse primeiro momento da ANMR. Na ocasião, a liderança da entidade concentrava-se principalmente nos residentes das regiões Sul e Centro-Oeste, de modo que os dos Estados de São Paulo e do Rio de Janeiro achavam-se relativamente distanciados da vida associativa da entidade, que tinha cunho nacional. No entanto, o maior número de RMs (e de MRs) estava no eixo Rio/São Paulo, daí o distanciamento entre a entidade e os seus representados.

O segundo momento da ANMR iniciou-se com a 'volta' dos MRs do eixo Rio/São Paulo para a Associação. Em 1974 foram retomadas as entidades estaduais (a Amereg, posteriormente Amererj, e a Ameresp), e a preocupação dos residentes passou a ser a normatização dos programas de residência.

Em 1975, os residentes dos dois Estados articularam-se no I Encontro Rio-São Paulo de Médicos Residentes, realizado em São Paulo. A partir dessa reativação do movimento, a Amererj elaborou, com o apoio da Ameresp, a "União Pela Regulamentação Oficial da Residência Médica", documento

---

[38] São poucos os estudos sistematizados sobre o Movimento dos Médicos Residentes. Tomamos como referencial para este capítulo a dissertação de mestrado de Paulo Elias. Foi bom perceber, mexendo no 'baú da memória', que nós dois, atores desse movimento, ainda tínhamos pontos de vista em comum.

apresentado no X CNMR, em Porto Alegre, que buscava garantir a intervenção do Estado na normatização dos programas de residência. Foi abandonada a postura liberal, restrita à corporação médica, e iniciou-se uma nova trajetória da Associação, que exigia a participação do Estado, o que cindiu o movimento. A eleição da nova diretoria da ANMR (gestão 75/76), na qual um grupo de residentes do Rio de Janeiro concorreu em chapa única, foi marcada por um grande número de abstenções.

A partir desse momento ocorreu também a transformação da entidade, que deixou de ser uma "Federação de Residências, preocupada com o credenciamento das instituições", e passou a relacionar-se diretamente com os médicos residentes[39].

O fato marcante deste período foi a posição da entidade a partir do X CNMR, em 1975, passando a caracterizar o residente como um profissional, prestador de serviços, e iniciando a luta para garantir, além da regulamentação didática, a trabalhista. No entanto, no relatório final do XI Congresso Nacional dos Médicos Residentes, realizado em Campinas em 1976, observa-se que o foco da luta da entidade ainda era a dimensão educacional: reivindicava-se a regulamentação da RM como "ensino pós-graduado em nível de especialização, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva", por meio de uma comissão "a ser constituída pelo MEC com participação da ANMR, da AMB, da Abem, do Ministério da Saúde e do MPAS". Encarando desta forma a RM, propuseram que "a remuneração fosse feita em forma de bolsa de estudos, que os residentes gozassem dos benefícios da Previdência Social sem haver, contudo, estabelecimento de vínculo empregatício" (ANMR, 1976).

No XI CNMR, destacam-se algumas resoluções importantes sobre a organização da entidade. Buscava-se preservar a autonomia da ANMR com relação às instituições que poderiam vir a regulamentar a RM. Isso tinha particular importância porque na fase anterior, quando a entidade dos MRs identificava-se com a 'corrente pedagógica', a ANMR havia estimulado a criação de departamentos de médicos recém-formados na AMB e associadas, com a perspectiva de 'diluir-se' nessas entidades. Ao assumir, nessa nova fase, a 'corrente trabalhista', a ANMR não apenas passou a entrar em conflito com as entidades anteriormente aliadas, como também passou a preocupar-se com a necessidade de manter-se autônoma, também em relação aos sindicatos renovados, para poder defender seus interesses.

A concessão do título de especialista motivou sérias disputas entre a AMB e a ANMR. Esse título, fornecido pelas sociedades de especialistas

[39] "A partir daquele momento, qualquer médico que estivesse realizando atividades em instituições públicas ou privadas que as denominassem como programas de RM, poderia associar-se diretamente às entidades de médicos residentes, independentemente de a instituição ser ou não credenciada" (Elias, 1987:37).

associadas à AMB, é um verdadeiro instrumento de controle do mercado de trabalho médico. Ao exigir o aumento da participação do Estado na regulamentação da residência médica, a ANMR contrariava frontalmente os interesses da AMB, já que o título de especialista passaria a ser concedido ao término da RM e não mais por concurso nas sociedades de especialistas. Na verdade, a partir dessa mudança de enfoque por parte da ANMR, tudo passou a ser motivo de atrito entre essa entidade e a AMB, na medida em que ambas passaram a pautar sua atuação em ideologias progressivamente discordantes e antagônicas.

## As Lutas dos Residentes

Foi, porém, entre o XI e o XII CNMR – realizado em Olinda em 1977 – que o Movimento dos Médicos Residentes deu o 'salto de qualidade', sofrendo transformações impulsionadas pelas associações estaduais, principalmente do Rio de Janeiro e de São Paulo. A luta pela via estudantil, que, ao exigir a regulamentação didática tinha como foco o MEC, deslocou-se para a via trabalhista, que buscava o reconhecimento profissional e que encontrou seu maior apoio nos sindicatos conquistados pelo Movimento de Renovação Médica.

O III Encontro Centro-Sudeste de Médicos Residentes, realizado em meados do primeiro semestre de 1977, possibilitou Uma discussão entre os residentes que levou a Ameresp a elaborar, como tese oficial, o documento intitulado "A União pelos Direitos Trabalhistas", apresentado no XII CNMR (Ameresp, 1977).

> *Com 440 representantes de todos os Estados onde existiam Residências Médicas com exceção da Bahia e do Espírito Santo, o Congresso, aberto por Dom Helder Câmara, teve como tema central a problemática do ensino e a aplicação das leis trabalhistas que regem o trabalho médico quanto à residência. As propostas básicas aprovadas pelo congresso estavam contidas na tese da Ameresp: "os médicos residentes prestam serviços profissionais, têm relação de emprego caracterizado e, portanto, têm direitos trabalhistas regidos por Lei".* (ANMR 1977)

Partindo da análise da política nacional de saúde e suas repercussões sobre a residência médica, esse histórico relatório final concluía:

> *Para corrigir essas distorções é necessário um sistema de saúde baseado na assistência médica descentralizada e voltada para a comunidade. (...) Ao lado destas medidas, o dever do médico é também o de organizar-se politicamente e atuar no sentido de promover a conscientização e o posicionamento dos colegas através do fortalecimento das associações estaduais e hospitalares com discussões amplas e de levá-las também às Universidades e aos sindicatos médicos. Cabe a nós, ainda, a idéia da sindicalização de todos os médicos*

*residentes lutando junto aos demais assalariados e desenvolver, junto ao sindicato, a luta pela regulamentação didática e trabalhista da residência médica. Destacamos a importância de nossa participação ao lado dos outros setores da população, esclarecendo aos reais interessados as verdadeiras razões de suas doenças e de sua miserável condição de vida. Enfim, lutando por uma sociedade mais livre.* (ANMR, 1977)

No Congresso discutiu-se, também, a conveniência de se aplicar à Residência Médica a Lei 3.999, que regulamenta o trabalho médico. Concluiu-se que uma lei especial demandaria tempo e implicaria divisão dentro da categoria. Portanto, a estratégia de luta seria pressionar para que esses direitos trabalhistas fossem estendidos para os residentes. Como movimento de ponta, de vanguarda, no interior do movimento médico, o movimento dos residentes, sem escamotear o assalariamento, procurava ampliar a incorporação da ideologia trabalhista, vinculando os médicos aos setores populares por meio dessa nova ideologia, em uma luta unitária com o restante da categoria.

Coerentemente, adotou-se uma nova definição da residência médica: "uma atividade médica profissional em nível de pós-graduação, que visa à especialização, onde estão assegurados o ensino e os direitos trabalhistas e que se dá sob o regime de tempo integral".

A partir do congresso de Olinda, o procedimento de buscar na Justiça o reconhecimento dos direitos trabalhistas ampliou-se e adquiriu caráter nacional. Mesmo tendo obtido algumas vitórias, essa tática não se revelou das mais eficazes, mas foi uma das linhas de atuação das associações de residentes durante o ano de 1978.

Do XII CNMR surgiu também a proposta do lançamento da Carta dos Profissionais de Saúde à População Brasileira. Essa idéia foi abraçada pelo movimento sanitário aglutinado em torno do Cebes, promovendo-se o Dia Nacional de Saúde e Democracia, em dezembro de 1977. Foi "uma manifestação política numa conjuntura em que, com a abertura do debate no interior da classe dominante, vários setores sociais – entre eles as classes médias tradicionais, à qual pertence a categoria médica – desenvolvem luta política contra o Estado militar" (Alves, 1985).

A partir de então, a orientação trabalhista foi o que caracterizou o movimento dos residentes, norteando a luta pela regulamentação da RM, a utilização das greves como instrumento reivindicatório e o envolvimento com a discussão política mais geral do País.

É interessante observar que a regulamentação da residência médica, assunto até aquele momento secundário para o Governo, foi elaborada e instituída através do Decreto n. 80.281 do Presidente da República, General Ernesto Geisel, em 5 de setembro de 1977, dois dias após o encerramento do XII CNMR. "O Decreto foi resultante de um processo em que o Estado

chamou a si a competência pela regulamentação da Residência iniciado em 1976 com o relatório Paes de Carvalho' que situava a residência como articulada diretamente à pós-graduação da área médica e que buscava integrá-la exclusivamente ao Sistema Educacional" (Elias, 1987:99).

A definição de Residência Médica adotada no Decreto de 1977, se bem atenuava a proposta do Relatório Paes de Carvalho, era diferente da definição da ANMR, principalmente pela ausência do reconhecimento dos direitos trabalhistas. A definição era ambígua em relação ao 'nó górdio' da prática dos residentes: um projeto educacional incorporado à força de trabalho na prestação de serviços de saúde.

O Decreto Presidencial previa a regulamentação da RM em cinco áreas básicas – quando havia mais de uma quinzena de especialidades – e vinculava-a obrigatoriamente às universidades – quando proliferavam em instituições de serviços estaduais, municipais e até mesmo privadas. Além disso, esse instrumento legal criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no âmbito do Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC.

A CNRM tinha como atribuições credenciar programas, definir normas, estabelecer requisitos mínimos, assessorar e avaliar periodicamente os programas. Era composta por dez membros: dois do MEC (o Diretor-Geral do DAU, membro nato e presidente, e um representante da Comissão de Ensino Médico), um do Ministério da Saúde, um do Ministério da Previdência e Assistência Social e um representante das Forças Armadas constituíam a porção governamental da Comissão. A parte civil era representada pelas entidades médicas, que formavam dois 'blocos de aliança'. De um lado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Associação Médica Brasileira (AMB), de outro, a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e a própria ANMR.

Embora a CNRM tenha sido criada em setembro de 1977, sua primeira reunião só ocorreu em março de 1978. Sua composição favorecia o predomínio da postura contrária ao reconhecimento dos direitos trabalhistas defendidos somente pela FNM e pela ANMR. O processo que corria por esse fórum enfraquecia a ANMR à medida que ficavam cada vez mais claras as imensas dificuldades de se conseguir pequenas modificações nos textos apresentados. Foi elaborado um anteprojeto de regulamentação que os residentes no seu XIII Congresso, ocorrido em julho de 1979 em Brasília, consideraram cheio de imperfeições, mas "os trabalhos da Comissão têm constantemente evitado aprofundar a análise da situação da RM no país, preferindo cumprir apenas a tarefa de normatizar 'a toque de caixa' essa modalidade de treinamento" (ANMR, 1978a).

Em sua quinta reunião, em 9 de novembro de 1978, a CNRM aprovou a Resolução n. 4, que estabelecia normas gerais, requisitos mínimos e a sistemática de credenciamento da Residência Médica em cinco áreas básicas. A ANMR declarava: "A Resolução n. 4 não é tudo na nossa luta: toda mobilização levada a cabo nos hospitais pelo cumprimento da Resolução n. 4

deve trazer em seu bojo a questão trabalhista. (...) Exigir apenas o cumprimento das normas baixadas pela CNMR traduz uma visão específica e limitada do nosso movimento” (ANMR, 1979).

A atuação dos residentes não ficou restrita aos espaços oficiais. 1978 foi um ano de consolidação da reorganização iniciada em 1977. As discussões que culminaram no XIII Congresso da ANMR, em julho desse ano em Brasília, provinham das discussões locais, como as Jornadas Estaduais de Médicos Residentes (Jermes), bem como de discussões regionais. O XIII Congresso foi um grande fórum de discussão no momento em que greves haviam ocorrido – e ainda ocorriam – em muitos estados, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Em fevereiro, 143 residentes do Hospital das Clínicas de São Paulo entraram na Justiça com ações trabalhistas contra o Estado. No Rio, as primeiras ações foram impetradas em 1º de março.

Por meio de articulação entre as Associações Estaduais do Rio de Janeiro e de São Paulo, no final de maio foi realizado o IV Encontro Centro-Sudeste, em Miguel Pereira (RJ), ocasião em que foi realmente aceso o estopim da luta no Estado. Em processo paralelo, mas sinérgico, o Ipase foi incorporado pelo Inamps, e os residentes do Hospital Pedro Ernesto (da Uerj) pediram ao Governo do Estado a regulamentação trabalhista e um piso salarial de 7 mil cruzeiros. Ao negociar com os residentes do Ipase, o Inamps ofereceu o piso salarial reivindicado pelos residentes do Pedro Ernesto. Estava iniciada a ‘Campanha dos 7 mil’, à qual foram-se incorporando residentes de outros hospitais do Estado e de todo o País.

Em abril, a greve dos residentes de São Paulo atingiu 13 hospitais, num total de 1632 profissionais. Em junho, entraram em greve os médicos dos Hospitais das Clínicas e do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. No Rio de Janeiro, todos os residentes dos hospitais estaduais e municipais entraram em greve no mês de julho. Os residentes do Hospital do Servidor Público de São Paulo paralisaram suas atividades entre 30 de agosto e 6 de outubro daquele ano.

“Esse movimento (A Luta pelo Aumento Emergencial de Cinco Salários), desencadeado em maio de 1978 é quase síntese das manifestações que se avolumam em diferentes instituições e coloca em destaque algumas questões referentes à RM.” A AMB e suas associadas “utilizam-se dos meios próprios de divulgação para condenar, com veemência, certas posturas dos Residentes, tais como a greve e a reivindicação pela regulamentação trabalhista da RM” (Elias, 1987:37-38).

Já o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro analisava o movimento dos médicos residentes como uma “lição gratuita: organizaram-se nacionalmente, analisaram os problemas mais urgentes e, unidos, partiram para a realização de um objetivo comum. *Toda a categoria profissional médica tem que realizar* o *mesmo processo*. A tensão, a insatisfação não são mais suportáveis” (Sinmed, 1978a) (grifo nosso).

Ao utilizar pela primeira vez a greve, que é um instrumento do trabalhador, o Movimento dos Médicos Residentes dividiu as entidades médicas em dois blocos: de um lado, a aliança AMB-CFM e suas entidades estaduais, de postura liberal, que se opunham às reivindicações trabalhistas e à utilização da greve como mecanismo de pressão; do outro lado, as associações de médicos residentes e as entidades sindicais renovadas.

A Campanha dos 7 Mil assumiu proporções nacionais, alcançando algumas vitórias, entre as quais o aumento da remuneração, mas a discussão sobre a regulamentação da Residência Médica foi remetida à CNRM. "Este órgão (...) ao definir a remuneração dos Residentes sob a forma de 'bolsa de estudo' termina por negar, mesmo que preliminarmente, a Regulamentação Trabalhista pretendida" (Elias, 1987:106).

Em 1979, a ANMR tentou conquistar os direitos trabalhistas para a residência médica através de uma mobilização nacional semelhante à do ano anterior. Descrente da atuação da CNRM, que já havia definido a remuneração como bolsa de estudos, a ANMR desencadeou com êxito apenas relativo o Movimento pela Carteira Assinada.

Em 1980, a luta dos residentes foi deslocada do campo institucional para o do Parlamento, onde o movimento procurou aprovar uma regulamentação da residência médica oposta ao projeto do Governo e que respeitasse os direitos trabalhistas. Mais uma vez o movimento não foi bem sucedido; tudo indicava haver uma barreira intransponível entre os MRS e o reconhecimento de seus direitos por parte do Estado.

"O processo de disputa ANMR/Estado sobre a regulamentação da Residência encerra-se, no plano formal, na edição da Lei 6.932/81 que contempla os benefícios previdenciários, mas também a negativa ao reconhecimento de vínculo empregatício na Residência" (Elias, 1987:107)[40].

No Rio de Janeiro, os residentes voltaram a ocupar as ruas com protestos, pela primeira vez desde as célebres passeatas de 1968. Foi também deles a primeira greve realizada por médicos com características nacionais. Foram eles – e não o Reme – que levaram ao movimento médico a discussão da greve como instrumento de luta[41]. Dessa forma, os médicos residentes deram uma lição à categoria em geral e sofreram uma repressão específica[42].

---

[40] O processo de regulamentação da residência em medicina preventiva e social, o desenvolvimento do PAR e a criação da Abrasco são abordados no capítulo 6.

[41] Ver análise similar em Elias (1987), e contrária em Campos (1987).

[42] "Paulo Eduardo Elias, presidente da ANMR, gestão 77/78, que esteve à frente dessa entidade durante as greves de médicos residentes no primeiro semestre deste ano, foi afastado do Hospital das Clínicas sob a alegação de ter infringido o regulamento da residência médica, trabalhando em outros hospitais, em São Paulo" (*Veja,* 1978). Essa punição, imposta em 28 de setembro, logo foi anulada, visto que, por uma questão de sobrevivência, a imensa maioria dos residentes tinha outro trabalho, muitas vezes também sem carteira assinada.

Embora se tratasse de um movimento específico, ele levou os MRs a uma participação cada vez maior na vida dos sindicatos, por meio de suas lideranças: nas reuniões ampliadas de diretoria, nas discussões hospitalares, nos departamentos sindicais, na elaboração do jornal etc. Porém já havia divergências entre as entidades, tanto em relação à própria Residência Médica quanto em relação à luta dos médicos em geral (Elias, 1987:87-98). De algumas associações estaduais – como a Amererj – surgiram nesse período grupos de atuação sindical que disputariam a direção do sindicato nas eleições seguintes, em 1980, na chapa Reme/Mais, concorrendo com a chapa Reme, da situação que havia promovido a renovação.

Em 1978 e 1979, porém, a luta dos médicos residentes ocupava grande espaço no interior do sindicato do Rio de Janeiro. Sua atuação ainda era unitária dentro de um processo conjunto da categoria, inclusive ao estudar o sindicalismo na área da saúde. Em abril de 1978 realizou-se o primeiro curso sobre sindicalismo, no qual Almir Pazzianoto apresentou, em uma palestra, a estrutura sindical brasileira. No último dia do curso, "foi aprovada uma Comissão constituída de representantes das várias entidades participantes, com o objetivo de criar um Departamento Intersindical e Associativo de Estudos na Área de Saúde (Dieasa)" (Sinmed, 1978b). Ao longo do ano de 1978, essa idéia desdobrou-se, e em 1979 foi criado o Departamento Intersindical de Saúde do Trabalhador (Diesat), que em maio promoveria a I Semana de Saúde do Trabalhador.

A articulação do movimento dos MRs com o Movimento da Renovação Médica estendeu-se à formação da chapa que o "coletivo de entidades médicas renovadas" lançou em agosto de 1978 para as eleições no Cremerj.

A renovação dos Conselhos Regionais de Medicina foi o primeiro passo de uma luta conjunta da categoria médica em nível nacional, seguido da disputa pelo CFM e posteriormente pela direção da AMB, em um processo em que o movimento médico renovou suas entidades tradicionais.

Os movimentos dos Residentes e de Renovação Médica participaram juntos também das lutas mais gerais da sociedade brasileira durante o ano de 1978, em particular, pela anistia ampla, geral e irrestrita: integrando os comitês de saúde do Comitê Brasileiro de Anistia e participando das vigílias cívicas promovidas na Bahia, em Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais, no Rio de Janeiro e no Ceará, durante a greve de fome realizada pelos presos políticos no primeiro semestre desse ano.

O Movimento dos Médicos Residentes, embora integrando o Movimento de Renovação Médica, foi um movimento à parte. Identificava-se também com as propostas do Cebes, sem confundir-se com elas. Os dois tiveram em comum muitas bandeiras de luta. Em 1980, os médicos residentes enfatizavam em seu jornal nacional aquilo que era proposto pelo Cebes e que veio a ser o princípio norteador da VIII Conferência Nacional de Saúde: "Saúde não é caridade. É dever do Estado".

## O Movimento de Renovação Médica

O Movimento de Renovação Médica conquistou a diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia em agosto de 1977 e o Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro em dezembro desse mesmo ano. Também neste ano, iniciou-se, no Rio de Janeiro, o movimento dos profissionais de Saúde Mental, conhecido como 'movimento da Dinsam', em que profissionais graduados lutavam para que a Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde deixasse de considerá-los 'bolsistas' e lhes conferisse os direitos trabalhistas que lhes cabiam. A nova diretoria do Sinmed de São Paulo, também conquistada pela chapa de renovação, tomou posse em abril de 1978, e logo depois aconteceram as primeiras greves de médicos residentes – que iriam repetir-se em 1979. Em 1978, também os médicos em geral, não apenas os residentes, realizariam sua primeira greve ampla depois da instauração da ditadura militar.

A aparente 'explosão' do movimento dos médicos ocorreu numa conjuntura de distensão, de 'abertura' no relacionamento entre o regime AB e a sociedade civil, e fez parte de "um processo de renovação da vida política nacional quando, na segunda metade da década de setenta, o movimento sindical voltou à cena depois de um longo período em que estivera controlado pela repressão política, retomando parcialmente renovado formando uma corrente sindical denominada de 'novo sindicalismo.'" (Campos, 1987:143)

Nessa conjuntura surgiu o Movimento de Renovação Médica (Reme), a partir de um grupo de médicos no Rio de Janeiro e em São Paulo, cujas propostas seriam bem recebidas pelo conjunto da categoria médica. O discurso liberal da AMB já não representava grande parte da categoria médica.

> *Estudar o Movimento de Renovação significou, antes de tudo, compreender como partindo de um pequeno grupo de médicos paulistas e cariocas, em três anos, (essa corrente política) conquistou a maioria e as mais importantes entidades da categoria, derrotando as tradicionais lideranças dos médicos. (...) A crescente ineficácia da ação dos kassabistas[43] e seu distanciamento de importantes problemas concretos dos médicos (conformaram) o espaço político que o Movimento de Renovação soube habilidosamente ocupar, não sem grandes dificuldades.* (Campos, 1987:142)

---

[43] O termo 'kassabismo', utilizado por Campos, refere-se à corrente política que teve Pedro Kassab como principal liderança. Os kassabistas presidiram a AMB de 1952, ano de sua fundação, até 1981, quando foram derrotados pelo Movimento de Renovação Médica. Por corrente política, o autor entende uma fração organizada da categoria, professando as mesmas ideologia ocupacional e visão de suas relações sociais. Em função disto articulam um projeto comum e próprio, usando-o como guia para uma atuação histórica concreta no Movimento Médico (Campos, 1987).

Além da conjuntura de 'revitalização' da sociedade civil, da constituição do 'novo sindicalismo', o Reme conquistou uma representatividade no seio da categoria médica a partir de suas propostas, que tinham como modelo o ideário elaborado

> *por um grupo de oposição ao kassabismo que existia desde a Fundação da AMB (1952) até o surgimento do Reme em 1978, que questionava o kassabismo do ponto de vista ideológico, mas não representava uma ameaça à sua hegemonia. (...) Eram socialistas, comunistas que criticavam a prática médica principalmente da perspectiva das classes populares, discutindo o direito à atenção médica, a socialização dos serviços de saúde, a nacionalização da indústria farmacêutica. Desse grupo destacaram-se: Samuel Pessoa, Mário Vítor de Assis Pacheco, Mário Magalhães, Álvaro de Faria e Carlos Gentile de Mello, este já um elemento de transição e elo de ligação do antigo grupo de opositores à ideologia liberal na medicina com o movimento de renovação dos anos setenta. Eram combativos, mas em virtude de sua postura e do grau de desenvolvimento dos antagonismos presentes na área de produção de serviços de saúde não tinham nos médicos sua principal audiência. Esse grupo chegou a dirigir a Associação Médica do Rio de Janeiro (Amerj).*

A Amerj abrigou um foco de resistência do movimento médico no Rio de Janeiro durante todo o autoritarismo. Fundada em setembro de 1950[44], a então chamada Associação Médica do Distrito Federal (AMDF) surgiu dentro de uma campanha salarial que se espalhou pelos grandes centros do País, dirigida por um organismo denominado Comissão Central Pró-Aumento de Salário. "A AMDF foi responsável por duas jornadas de protesto (14 de outubro de 1952 e 31 de março de 1953) e uma greve nacional de médicos, a primeira no Brasil e talvez nas Américas" *(Revista do Cremerj,* s.d.).

A Associação Médica Brasileira (AMB) surgiu em janeiro de 1951 no III Congresso da Associação Paulista de Medicina "com o objetivo de polarizar o movimento reivindicatório levantado pela AMDF que naquela época já ganhara amplitude nacional. O surgimento da AMB foi pois uma conseqüência imediata do movimento dos médicos cariocas. Mas logo mostrou que não viera com o propósito de apoiar e defender o movimento dos médicos cariocas." (Carvalho, s.d.)

Com a mudança da capital do País, a AMDF passou a chamar-se Associação Médica do Estado da Guanabara (Ameg), e, a partir de 1975, Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (Amerj). Os conflitos entre essa entidade e a AMB persistiram, a tal ponto que a AMB cancelou a filiação da então AMDF, transferida para a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

---

[44] A análise da Amerj foi extraída de um artigo de Carvalho, O.N.P. "Amerj: uma heróica trajetória em defesa da categoria médica", publicado na *Revista do Cremerj,* sem data, obtido através da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

A Amerj manteve “sua luta pela categoria e pela saúde do povo” durante todo o período da ditadura militar: manifestou-se por ocasião da cassação dos cientistas de Manguinhos, fez cursos sobre vários temas e promoveu campanhas memoráveis, como as contra a política nacional de limitação de natalidade, a propaganda anti-ética dos medicamentos e o Plano Nacional de Saúde do Ministro Leonel Miranda (1968), assim como a campanha em defesa da indústria farmacêutica nacional. Na década de 70, quando a categoria médica organizada no Movimento de Renovação lutava para retomar as suas entidades representativas, a Amerj esteve presente e ativa.

Entre os ‘incansáveis batalhadores’ nessa luta, cujo ideário orientou as propostas do Reme, destaca-se Carlos Gentile de Mello, que nessa ocasião já havia passado por sua primeira experiência de eleito conselheiro do Cremerj em 1973, ser cassado pelo SNI, que o impediu de tomar posse. Ele voltaria a ser um exemplo histórico, já no interior dessa vertente do movimento sanitário que foi o movimento de Renovação Médica, ao ser novamente cassado, quando eleito para o Cremerj em 1978 e para a AMB em 1979. Nessas duas últimas ocasiões, a cassação não se deu por ação direta do SNI, mas do *modus auctoritatis tão* bem difundido pelo SNI e tão bem incorporado pelas entidades médicas. Mais adiante discorreremos sobre esses casuísmos.

O Reme ocupou os sindicatos em um processo organizado de um determinado segmento da categoria médica, que por sua ação e seu pensamento distinguia-se do segmento de ideologia liberal, que dominava o conjunto da categoria e que, sob o manto do *laissez-faire,* abrigava também o empresariado.

Como já mencionado, o Movimento de Renovação Médica, ao decidir lutar para dirigir as entidades, integrava o processo de tomada de consciência trabalhista por parte da categoria médica, assumindo a sua condição de assalariada; as primeiras manifestações dessa tomada de consciência foram as ações isoladas de alguns médicos de São Paulo contra as empresas privadas, em 1976, em que eles tentavam fazer valer a legislação e garantir seus direitos trabalhistas. A vitória, obtida na maioria dos casos, significava entrar na ‘lista negra’ das empresas, fato que limitava muito o número de ações (Sucupira, 1978:44-51). Mesmo em pequeno número, porém, essas ações concretizaram a tomada de posição dos médicos como assalariados que, em vez de manterem a utopia do exercício liberal da profissão, lutavam no interior dessa relação de trabalho para aperfeiçoá-la e possibilitar sua realização profissional.

Já foram bastante estudadas as transformações do mercado de trabalho médico no Brasil que levaram o assalariamento a ser a forma predominante de inserção profissional nesse mercado[45]. Destaca-se que, apesar das características concretas do mercado de trabalho médico nas grandes cidades

---

[45] Ver Donnangello (1975, 1976); Cordeiro (1982); Gentile de Mello (1977, 1981 e 1983); Guimarães (1978).

do País em 1975, o conjunto da categoria, incluindo boa parte dos recém-formados, professava a ideologia liberal de autonomia, que possibilitava rendas mais elevadas. Ao rejeitar a realidade do assalariamento, esses profissionais recusavam a possibilidade de lutar pela melhoria das condições de um trabalho explorado pelos empregadores em menor ou maior grau, na medida da sua avidez de lucro. Entrar na Justiça pleiteando o reconhecimento dos direitos trabalhistas significava rejeitar a ideologia liberal.

Nesse contexto, surgiram os movimentos de renovação médica no Rio de Janeiro e em São Paulo. Dentro do mesmo panorama, os dois movimentos encontraram situações bastante específicas: no mercado de trabalho médico em São Paulo, os grandes empregadores eram os empresários; no Rio de Janeiro, onde existia uma tênue organização em torno da Amerj, os grandes empregadores eram os órgãos públicos. A greve organizada pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro em 1966 evidenciou o predomínio do assalariamento no estado e uma mobilização maior dos médicos cariocas em defesa dessa fração da categoria. Essa greve, motivada por questões salariais, terminou com a intervenção do Ministério do Trabalho, que afastou a maior parte da diretoria (Campos, 1987:146). Assim, se o Movimento Renovação de São Paulo encontrava um sindicato tomado pelos interesses da Medicina de Grupo, no Rio de Janeiro, a chapa Reme enfrentava a chapa União e Defesa, composta por médicos remanescentes do movimento de 1966.

Se o mercado de trabalho nesses dois estados era bastante diferenciado, as chapas de oposição tinham muito em comum em suas plataformas, na medida em que respondiam a um panorama mais geral da política de Saúde e da política social. Os eixos programáticos dessas plataformas eram três: "O enfoque dos problemas da categoria a partir de uma concepção que a tomava como um todo homogêneo, assalariada; a reconstrução das entidades médicas e a adoção de uma postura de oposição ao regime militar e às leis de exceção então vigentes no País" (Campos, 1987: 144-145).

O Reme reconhecia-se como "representante dos assalariados, liberais, residentes, os médicos funcionários públicos e do INPS, enfim, todos aqueles que se ressentem do atual estado de coisas no campo da saúde" (Reme, 1977). No entanto, é importante destacar que os movimentos de Renovação Médica, pelo fato de considerarem ser a categoria constituída basicamente por assalariados, e avaliarem

> *as outras formas de inserção como residuais e pouco expressivas numericamente (...) não reconhecendo [portanto] a heterogeneidade de formas com que a categoria se inseria no mercado de trabalho", [criariam uma] "debilidade da estratégia política que foi explorada ao limite pela corrente neoliberal, que aproveitou desta lacuna para daí deitar raízes no movimento dos médicos.* (Campos, 1987:181)

É interessante observar que o Reme não deixou de existir como movimento após as vitórias nas eleições das entidades. Por não se institucionalizar, ele conseguiu ser o elemento articulador das entidades renovadas. No entanto, entraria em franca contradição com os mecanismos formais de deliberação nas entidades conquistadas por seu próprio movimento. "Mesmo depois de vencer algumas eleições sindicais e de ocupar a direção de várias associações o Reme continuou sempre mantendo uma articulação informal e independente das entidades médicas, o que mantinha o seu caráter de *corrente política* que objetivava a *direção do conjunto do movimento dos médicos* e não apenas de uma ou outra entidade" (Campos, 1987:143) (grifos nossos).

Os movimentos de Renovação Médica dispuseram-se a romper a barreira de descrédito dos sindicatos junto à categoria. Afirmavam que "só uma atividade sindical intensa permitirá ao médico defender seus próprios interesses, assim como fazer ouvir sua voz de profissional e de cidadão sobre as questões mais importantes da área de saúde e da sociedade em que vive" (Movimento Renovação, *Saúde em Debate* (5), 1977:77-78).

A luta pela renovação dos sindicatos foi um passo à frente na tomada de consciência da categoria, por se tratar de uma ação coletiva, organizada, que não escamoteou a realidade do assalariamento mas decidiu lutar para melhorar a relação de trabalho através do instrumento legal de representação nas negociações, mesmo estando esses instrumentos atrelados ao Estado. Desse modo, essa corrente política ocupou um determinado espaço na arena setorial.

## Renovação das Entidades Médicas: 1977/1981

Em São Paulo a luta foi mais difícil: em 1977 não se atingiu o quórum mínimo para eleger a nova diretoria, mesmo com a atuação do Movimento Renovação. Seis meses depois, em nova eleição, a vitória foi alcançada: por meio de boletins, debates e discussões, o Movimento Renovação conseguiu vencer o desconhecimento, o desinteresse e até mesmo a ambigüidade da categoria em relação ao sindicato.

No Rio de Janeiro, as eleições no sindicato sucederam a uma primeira vitória na eleição para a diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em agosto de 1977. Com novo alento o movimento buscou uma aliança com setores universitários, funcionários públicos, assalariados de empresas e médicos residentes, numericamente importantes. Seu opositor não era um inimigo, como em São Paulo, mas um "símbolo do período em que a categoria profissional permaneceu apática a seus próprios problemas, resultado por sua vez de uma situação mais geral do que acontecia no País" (Reme, 1977).

Em dezembro de 1977, a chapa do Reme, encabeçada por Rodolfo Rocco, professor-adjunto de Clínica Médica na UFRJ, foi eleita para a diretoria do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro; Rodolfo Rocco declarou que sua

primeira providência seria iniciar a conscientização da classe para a importância da sindicalização, além de denunciar a mercantilização da medicina.

A eleição dos movimentos de renovação significou um marco na tomada de consciência da categoria, e evidência disso foi a rápida expansão dessa forma de luta por todo o País a partir de São Paulo e do Rio de Janeiro. O movimento expandiu-se não apenas geograficamente, mas em sua amplitude, pois seus princípios e suas propostas mais gerais balizaram a organização de oposição aos Conselhos Regionais e posteriormente aos próprios CFM e AMB, assim como às entidades associativas dos demais profissionais de saúde.

Durante a expansão do movimento, as greves foram outro marco substancial de mais uma etapa na tomada de consciência trabalhista.

> *O período que vai de 1978 a 1981 pode ser considerado aquele em que ocorreram os maiores e mais expressivos movimentos coletivos em que a categoria médica esteve envolvida. Corresponde a um pico de mobilizações. Nunca essa categoria utilizara-se com tal extensão e intensidade de instrumentos coletivos de pressão para a conquista de suas reivindicações.* (Campos, 1987:105)

Depois das primeiras greves de médicos residentes em junho de 1978, médicos e funcionários do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP paralisaram suas atividades.

> *Uma parte do funcionalismo público, submetido a estatutos rígidos que impedem sua organização e participação em sindicatos ou movimentos reivindicatórios, rompe com todos esses impedimentos, conquistando na prática o direto de greve. De outro lado, um setor tão tradicional como o dos médicos, até há pouco tempo uma profissão liberal 'das mais nobres', (...) que não poderia segundo os defensores da ideologia liberal, igualar-se a operários grevistas, adere ao movimento reivindicatório e paralisa suas atividades na mais expressiva greve de médicos do Estado de São Paulo.* (Sucupira, 1978:44)

Esse procedimento – a paralisação das atividades como instrumento para a conquista de reivindicações – foi repetido a cada ano, num processo de crescimento numérico e qualitativo, até 1981, quando ocorreu a greve nacional dos médicos "por melhores condições de trabalho e remuneração". A greve foi um fato político, mais do que um movimento reivindicatório, pois como pleiteava melhores salários e condições de trabalho, questionava amplamente as condições do mercado de trabalho e a própria política de Saúde. Ao denunciar causas e conseqüências, o movimento médico buscou aliar-se aos usuários dos serviços de saúde, denunciando as más condições da assistência médica.

É importante voltar a destacar que os sindicatos médicos, assim como o Movimento dos Residentes, participaram ativamente da campanha pela anistia. "Depois dos advogados e do clero, talvez tenham sido os médicos a categoria profissional cujas entidades mais se envolveram na luta contra o autoritarismo no Brasil" (Campos, 1987:324).

Além disso, os sindicatos médicos renovados articularam-se com os demais sindicatos de trabalhadores e patrocinaram várias Semanas de Saúde do Trabalhador, ao fim das quais surgiu o Departamento Intersindical de Saúde do Trabalhador (Diesat). O Simesp envolveu-se com o I Encontro por Melhores Condições de Saúde, realizado em outubro de 1978 com 700 participantes, palco de depoimentos e propostas para a política de saúde. Como parte integrante do movimento sindical, o Simesp "participou do processo de articulação intersindical, das primeiras Conferências das Classes Trabalhadoras (Conclats) e da liderança do grupo de sindicatos autodenominado Unidade Sindical." Em 1983 o Simesp filiar-se-ia à Central Única dos Trabalhadores (CUT), refletindo no movimento médico a divisão que viria a ocorrer no movimento sindical brasileiro: "A divisão do sindicalismo brasileiro em duas correntes, hoje consolidadas na CUT e CGT [Central Geral dos Trabalhadores] e na época apenas esboçada, traria certamente repercussões na manutenção do Reme enquanto uma corrente política ameaçando-o de cisão em dois grupos equivalentes às tendências nacionais" (Campos, 1987: 195-198).

Também no Rio de Janeiro o Sinmed esteve, desde o início da sua renovação, profundamente ligado aos movimentos populares e sindicais. Nesse período a sua sede abrigou várias entidades e associações do movimento médico e sanitarista, como a Amererj, a ANMR, o Cebes e a Associação Estadual de Saúde Pública (Aesp), criada em 1979. O auditório e as instalações do Sinmed eram freqüentemente ocupados por outras categorias da área de saúde. Em conjunto com a Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), o Sinmed patrocinou também o Encontro Popular por Melhores Condições de Saúde. Parece-nos também que, contrariamente à análise do Simesp encontrada em Gastão Campos (1987:210), no Rio de Janeiro, o Sinmed não tinha uma visão ingênua, pouco elaborada, parcial ou corporativista da política de saúde; talvez pela grande aproximação com o movimento sanitário, em particular pela participação de elementos do Cebes, o sindicato incorporou à análise e às ações do movimento médico a crítica e as propostas para o Sistema Nacional de Saúde, elaboradas em outras arenas do movimento sanitário.

Em 1978, com a ocupação dos sindicatos e a crescente organização da categoria médica, "o Estado passa a ter um interlocutor ativo, que questiona suas ações no campo da saúde e pressiona por melhores condições" (Sucupira, 1978:50). As greves de 1978 expressaram um momento de confluência entre a politização da saúde, que vinha sendo desenvolvida pelo Cebes, e o posicionamento ativo da categoria médica como assalariada

em sua luta para conquistar e utilizar os seus direitos e instrumentos trabalhistas.

Além da conquista de um espaço na arena política setorial, os movimentos de renovação demonstraram organização e força, passando a representar uma ameaça aos grupos políticos mais tradicionais da saúde – a aliança CMF-AMB-FBH, por exemplo. Profundamente ligada ao autoritarismo, até então essa aliança tinha completo domínio dos rumos do setor, utilizando à vontade os instrumentos disponíveis. A AMB apelava para a censura à imprensa para "impedir notícias sobre descaminhos assistenciais" (Gentile de Mello, 1983:113). Temendo a força política que o Reme passara a demonstrar, esses setores tradicionais tentaram de várias maneiras impedir o seu avanço. Uma das maneiras mais características foi a impugnação das chapas de oposição eleitas com grande margem de vantagem para a direção dos Conselhos Regionais de Medicina de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Pernambuco em agosto de 1978.

Em abril de 1978, o Reme iniciara a luta pela conquista dos Conselhos Regionais de Medicina, entidades bastante diferentes do sindicato.

> *Enquanto o Sindicato se caracteriza por ser uma instituição, cuja ação principal está ligada à defesa da categoria na área trabalhista, o Conselho Regional é o órgão intermediador nas relações sociais da classe e nas relações dos médicos entre si. (...) As características de tribunal, que revestem o Conselho de Medicina, não recomendam que apenas uma corrente de pensamento esteja nele representada. Foi esta a razão que nos levou a promover uma abertura do movimento, sem, é claro, transigirmos em questões de princípio. Por isso, só nos comprometemos com aqueles que,* a priori, *já estavam comprometidos com a própria Democracia.* (Ferrante, 1978:16)

No Rio de Janeiro o Reme articulou, ao longo de reuniões em abril e maio desse ano, os Sindicatos dos Médicos do Rio de Janeiro e de Niterói, a Sociedade de Medicina e Cirurgia, a Amerj, a Amererj, o Cebes e a ANMR, cuja gestão 78/79 tinha a direção dos Residentes do Rio de Janeiro. Esse coletivo de entidades e movimentos lançou a chapa Renovação e Unidade para concorrer à direção do Cremerj.

Três chapas inscreveram-se: 1) Renovação e Tradição, composta em sua maioria por membros da situação; 2) Renovação e Unidade; e a 3) Evolução e Equilíbrio, que se apresentava como uma alternativa 'renovada' à Chapa 1 com orientações ideológicas similares, o que garantiria um 'equilíbrio'.

O primeiro casuísmo do CFM apareceu em sua Resolução 831/78, que tentou impugnar a inscrição de chapas que apresentassem candidatos com menos de cinco anos de formados – caso de treze integrantes da Chapa 2 e dois da Chapa 3. Essa impugnação desencadeou um conflito, embora de curta duração, entre o Cremerj e o CFM: em 26 de abril o Diretor do Cremerj,

Jairo Pombo do Amaral, enviou ofício a Murillo Bastos Belchior, Presidente do CFM, solicitando o reexame do assunto, pois a resolução do CFM impediria que 33% dos médicos do Rio de Janeiro tivessem direito à representatividade (Cremerj, 1978a). Como o CFM não se pronunciasse e o clima na categoria médica do Rio de Janeiro fosse francamente contrário à medida, em 10 de julho o Cremerj divulgou em nota oficial um comunicado à classe médica: a impugnação de candidatos com menos de cinco anos de formados era de competência exclusiva do Conselho Federal de Medicina.

Foi impetrado um mandado de segurança contra o CFM e, às vésperas do pleito eleitoral, uma liminar confirmou o registro das chapas. Nos dias 2, 3 e 4 de agosto realizaram-se as eleições. Resultado: 65% dos votos elegeram a chapa 2[46].

Também em São Paulo e Pernambuco a vitória da oposição foi esmagadora[47].

> *Apesar desses resultados, o Conselho Federal de Medicina (CFM), presidido pelo médico Murilo Belchior – que se recusa a falar à imprensa –, impugnou as eleições em São Paulo e em Pernambuco, e deixou de homologar a votação no Rio. As decisões do Conselho foram encaminhadas a Brasília, para homologação do Ministério do Trabalho (MT). Não querendo envolver-se na disputa, pelo menos por enquanto, o Ministério limitou-se a devolver a papelada, com pedidos de novos esclarecimentos.* (*Veja*, 1978)

Para impugnar apenas as eleições nesses três estados, homologando-as nos demais, o CFM alegou, em São Paulo, o atraso na anuidade de um dos elementos da chapa; em Pernambuco, a existência de candidatos com menos de cinco anos de formados. No caso do Rio de Janeiro, o Conselho sequer esclareceu o motivo; as alegadas "irregularidades no processo eleitoral" encaminhadas ao Ministério do Trabalho só foram tornadas públicas em setembro, por ordem judicial, e seriam: a existência de candidatos com menos de cinco anos de formados e o atraso da antiga diretoria do Cremerj no envio da lista de eleitores ao CFM. É óbvio que a chapa vitoriosa não tinha qualquer responsabilidade nesse atraso. Quanto à primeira alegação, o sindicato dizia: "O argumento é de um cinismo monstruoso. A justiça já se manifestou a respeito do tema e garantiu a presença dos médicos com menos de cinco anos de inscrição no processo eleitoral. Mas é espantoso como os senhores membros do CFM desrespeitam uma decisão judicial e a ignoram com a tranqüilidade de um Don Corleone" (Sinmed, 1978c:3).

---

[46] Os resultados foram: 1) Renovação e Tradição: 1.601 votos (10%); 2) Renovação e Unidade: 10.557 votos (65%); 3) Evolução e Equilíbrio: 4.202 votos (25%). Total de votos: 16.360.

[47] Em São Paulo, a Chapa 2 obteve 12.453 votos contra 4.849, e em Pernambuco a vitória da oposição foi de 1.753 contra 421 votos.

O CFM não só desconheceu a autoridade judicial como também determinou o recesso do CRM do Rio de Janeiro por tempo indeterminado, nomeando uma 'diretoria provisória' – verdadeira junta interventora – da qual faziam parte membros da Chapa 1, que havia sido derrotada. Quando compareceram à sede do órgão para tomar posse simbolicamente, os membros da chapa eleita tomaram conhecimento dessas medidas lendo cartazes afixados à porta fechada do Cremerj.

> *A vilania desses senhores nos estarrece, principalmente porque sabemos que têm nas mãos o órgão máximo da classe médica brasileira, responsável pelo seu próprio Código de Ética. Agora, compreendemos com clareza porque a 'máfia de branco' sempre apoiou o CFM, ao mesmo tempo em que nos atacava sem tréguas. Os subterfúgios, os processos intermináveis, as sessões secretas, os conchavos, foram sempre o refúgio obrigatório dessa gente, não importando o descrédito da instituição e da figura do próprio médico.* (Sinmed, 1978d:3)

Os mandatos de segurança permitiram que as chapas vencedoras tomassem posse em São Paulo e em Pernambuco. No Rio de Janeiro, apesar da grande mobilização da categoria, o CFM conseguiu estagnar a entidade a partir dessa data até 1982. "A ética fechou para balanço!"[48].

Segundo Gentile de Mello (1981:46), o rigor com o Rio de Janeiro explicava-se porque

> *na plataforma dos vencedores, além dos aspectos estritamente técnicos relacionados com a ética médica, consta que é indispensável a redemocratização do país como condição para o bom exercício da Medicina. E mais, que os médicos reclamam a anistia de todos os cientistas, pesquisadores e profissionais de medicina que foram afastados por motivos de ordem política e em função do arbítrio.*

A posição abertamente democrática dos oposicionistas teve uma resposta abertamente autoritária dos setores liberais e empresariais encastelados nas diretorias do CFM e da AMB. Novos casuísmos foram programados para as eleições do CFM, das quais o Movimento Nacional de Renovação Médica participou com uma plataforma semelhante à que havia lançado para os Conselhos Regionais. Mas a eleição do CFM é indireta; pelo voto direto, cada estado escolhe um delegado eleitor e um suplente. Desde a criação do CFM no governo Kubitschek, as eleições para esse órgão eram feitas praticamente sem o conhecimento da categoria médica. Quando o Movimento de Renovação Médica tornou-as não apenas públicas, mas também alvo de disputa, o CFM modificou o mecanismo de indicação dos delegados eleitores, já perto da data das eleições. Em vez de eleitos pelo voto direto de todos os médicos inscritos no Conselho Regional, os delegados

[48] Chamada de capa do jornal do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Sinmed, set./out.1978.

passaram a ser escolhidos entre os próprios membros da diretoria do CRM – algo semelhante ao que em 1984 seria adotado em nível nacional para a escolha dos representantes das Assembléias Legislativas no Colégio Eleitoral do Presidente da República.

Em 1979, ocorreu nova disputa entre os dois pólos representativos da categoria médica, na eleição para a Associação Médica Brasileira (AMB), em que Kassab, cúmplice das manobras casuísticas do CFM no ano anterior, fez uso de fraudes sucessivas – inclusive anulação de votos – para conseguir que a vitória consagradora do Movimento Nacional de Renovação Médica fosse transformada em derrota por 370 votos. Kassab teve de anular mais de 3.000 votos só em São Paulo, para conseguir ser 'reeleito' para a presidência da mais conservadora das entidades médicas. O Reme, porém, não desistiu; em 1981 voltou a apresentar uma chapa, que

> *concorreu com a Chapa 'Unidade Médica Independente: dos Kassabistas, conseguindo derrotá-los em quase todos os estados da Federação. Novamente, utilizando-se de recursos administrativos tentou-se impedir a posse da diretoria eleita. Desta vez a justiça deu ganho de causa aos oposicionistas, que foram empossados, na ausência da antiga diretoria, em novembro de 1981.* (Campos, 1987:73)

Os 'anos Geisel' se encerraram revelando um movimento médico em pleno vigor, crescendo e ampliando seu espaço de atuação na sociedade brasileira. Foi esse movimento (aí incluído o dos residentes) que trouxe para o conjunto do movimento sanitário a questão da organização do trabalho médico, introduzindo uma nova problemática de atuação: as relações do mundo do trabalho, a organização do trabalho, a legislação sindical, os instrumentos de luta do trabalhador etc. Para o movimento sanitário a novidade foi a intervenção concreta e crescente no mundo do trabalho. Essa problemática já tinha sido explorada pela vertente acadêmica. Na década de 60, Álvaro de Faria publicou estudos sobre 'Dialética da Medicina' na *Revista da Civilização Brasileira;* a vertente da 'academia' deu prosseguimentos à reflexão e à pesquisa sobre o tema, seja em instituições propriamente acadêmicas, como o Peses na Fiocruz ou o Mestrado do IMS/Uerj, seja no próprio Sinmed, onde foi realizada a pesquisa sobre o mercado de trabalho médico no Rio de Janeiro, coordenada pelo Departamento Científico do Sinmed-RJ.

Por intermédio do movimento médico, o movimento sanitário caiu "na arena da luta do trabalho e, portanto, nas regras colocadas pela ditadura para controlar o trabalho" (Arouca, 1987) [49], multiplicando, assim, os pontos de enfrentamento com o regime AB. Por outro lado, o movimento médico reforçou aquilo que já era característico de outras vertentes do movimento sanitário: as propostas de transformação da política nacional de saúde e de

---

[49] Arouca, A. S. S. Entrevista concedida à autora.

vinculação com a população na defesa de melhores condições de vida e de saúde, utilizando a mesma estratégia de buscar alianças com os movimentos populares.

# 6 A Academia

As universidades – o mundo acadêmico em geral – constituem a terceira vertente na composição do movimento sanitário no período 1975-1979. Destaca-se aqui, portanto, o papel que desempenharam, não só na origem do movimento através da transformação do pensamento preventivista em médico-social, mas também em sua difusão e seu desenvolvimento. Durante esse período, o movimento sanitário se fez visível através do movimento médico; mas o segmento voltado para a formação de recursos humanos e a pesquisa – a 'Academia', como é conhecido – foi o que deu consistência teórica às análises assumidas pelo conjunto do movimento e empunhadas como bandeiras de transformação.

Distingue-se essa vertente da constituída pelo Cebes e pelo movimento estudantil porque, nesta última, o trabalho maior era o da difusão da ideologia e da organização dos profissionais ao redor de entidades, ao passo que, na arena da Academia, construíam-se a ideologia, o ideário, o conhecimento, que sustentaram as propostas políticas. Nela, elaborou-se, ampliou-se e reproduziu-se o conhecimento e formaram-se os intelectuais orgânicos da proposta.

Mais uma vez é preciso ressaltar que a divisão em 'arenas' ou 'vertentes' foi uma forma de abordar a multicomposição do movimento sanitário. Essa divisão não significa espaços de atuação próprios ou exclusivos, dotados de limites rígidos: as arenas apresentavam especificidades mas integravam um mesmo movimento – o movimento sanitário.

A arena que deu origem ao movimento sanitário (as bases universitárias) passou a um plano secundário – em termos de direção – no momento em que o movimento se desdobrou em suas faces organizadora e sindical. Pelas características do trabalho, de menor publicidade, foi também espaço de resistência nos momentos em que a repressão política se aguçava. Além disso, muitas vezes a Academia significava o único espaço de trabalho possível, já que toda uma geração recém-formada em saúde pública ou medicina social não encontrava nos órgãos públicos (únicos empregadores possíveis) qualquer oportunidade de emprego.

Até 1975, o esforço realizado pela Academia foi o de incorporar criticamente as ciências sociais à análise das questões de saúde, rejeitando a idéia do equilíbrio universal do funcionalismo, a neutralidade da ciência

do positivismo e assumindo a sociedade composta por classes em conflito e luta. Assim, até 1975 desenvolveu-se esse processo, que consideramos 'as bases universitárias' do movimento sanitário e que resultou na construção de uma teoria social da saúde.

Entre 1975 e 1979 essa arena apresentou um grande desenvolvimento. Aumentaram em número as instituições que incorporaram a abordagem médico-social à análise dos problemas de saúde, e esse enfoque, até então restrito principalmente à Região Sudeste, passou a ter expressão nacional, embora inicialmente pequena. Verificou-se, também, a expansão na amplitude do objeto de estudo e a diversificação dos temas pesquisados e analisados. Foi um período de grande produção intelectual, concomitantemente à incorporação "do político nas propostas de atuação da medicina social: nas investigações, nos cursos de pós-graduação e nas articulações com movimentos sociais" (Arouca, 1987)[50].

Foi uma conjuntura de 'encontro': a fase que o regime militar atravessava levou a que fossem feitos investimentos importantes, principalmente na área social, com os recursos do FNDCT. A existência de recursos financeiros, a prática da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) – órgão estatal responsável por esses fundos – com uma diretoria preocupada com as questões da saúde e entusiasmada pela nova abordagem dos problemas, e a existência concreta de centros acadêmicos que haviam passado pelo processo de construção dessa nova abordagem, levaram a Academia a um grande desenvolvimento[51].

Até 1975 o pólo de produção do conhecimento esteve localizado no Estado de São Paulo – nos DMPs da USP, Unicamp, Santa Casa, Ribeirão Preto, Botucatu e Paulista de Medicina. No entanto, o desmantelamento do DMP da Unicamp, com o deslocamento de boa parte de seus quadros para o Rio de Janeiro, paralelamente ao crescimento do mestrado em medicina social do IMS/Uerj, fez com que, durante os anos do Governo Geisel, o pólo de produção teórica da medicina social estivesse concentrado no Rio de Janeiro.

## Os Estímulos: Juan César Garcia e a Finep

A produção teórica contou com dois grandes estímulos: o primeiro de natureza institucional, representado pelos financiamentos da Finep; o segundo de natureza bastante pessoal, mesmo tendo sido veiculado institucionalmente através da Opas: o trabalho realizado por Juan César Garcia.

---

[50] Arouca, A. S. S. Entrevista concedida à autora.

[51] Na tentativa de identificar institucionalmente os *loci* em que a Academia floresceu neste período, fomos obrigados, por limitações do próprio estudo, a assumir uma visão parcial, analisando em profundidade as instituições cariocas, principalmente as transformações ocorridas na Ensp.

Garcia foi o maior estimulador, o principal teórico e o grande articulador do movimento de medicina social na América Latina. Não apenas estimulou núcleos acadêmicos a incorporarem as ciências sociais à análise das questões de saúde, mas também realizou todo um trabalho de articulação entre esses núcleos. No Brasil esteve presente desde 1969, quando participou de um seminário de Metodologia de Investigação de Ciências Sociais em Saúde realizado em Ribeirão Preto (SP). Nesse primeiro encontro, não houve identificação imediata entre os pensamentos de Garcia e o representado ali por Cecília Donnangelo. Um segundo seminário, realizado no ano seguinte em Campinas (SP), ainda transcorreu sob intensos conflitos, e só depois do seu encerramento foi possível estabelecer as bases de relacionamento e de intercâmbio teórico e metodológico dos grupos de Campinas e São Paulo com Garcia na Opas, em Washington D.C. (Arouca, 1987).

Segundo depoimento de Nunes (1987)[52], havia um

> *'animador' cultural desse projeto: Garcia. Como estava em Washington, tinha acesso à toda a produção teórica. Talvez, por este motivo, o movimento sanitarista dos anos 70 tenha sido um dos poucos movimentos de idéias deste País que tem um* aggiornamento *com o que está se processando nos centros tradicionais da reflexão. Foi um dos poucos em que não houve uma grande defasagem entre a produção pela vanguarda e a incorporação pela periferia porque tinha o Garcia como mediador de* aggiornamento *do conhecimento.*

A partir desse segundo seminário realizado em Campinas (SP), em 1970, passou a existir um contato intenso, com intercâmbio de bibliografia, num processo em que Garcia aportou uma grande bagagem metodológica. Em 1971, a Opas promoveu um longo seminário em Washington, com o objetivo de formar assessores em Recursos Humanos de Saúde. Dele participaram representantes de vários países da América Latina, que tiveram acesso a uma imensa quantidade de material bibliográfico. Esse seminário, de acordo com Arouca (1987), representou um

> *momento de síntese bibliográfica, um momento em que o grupo se fortaleceu teoricamente. (...) A partir daquele material se começa a repensar o ensino das ciências sociais e a se montar uma rede de pessoas na América Latina que tem uma perspectiva diferente das ciências sociais. Do Brasil, participam dessa rede o IMS, a Preventiva da USP da Unicamp e o Dr. Domingos Gandra de Belo Horizonte. (...) Essa rede latino-americana foi consolidada no encontro de Cuenca (1972) também promovido por Garcia. (...) Até aí a gente vinha procurando por onde, e a partir desse período temos uma linha bibliográfica, pontos de referência de pesquisa e de como imaginar um curso...*

Se o contato desse grupo com Juan César Garcia foi o que propiciou a 'bagagem teórica' para a transformação das bases do pensamento,

[52] Nunes, N.V. P. Entrevista concedida à autora.

institucionalmente foi a Finep o maior estímulo ao desenvolvimento da Academia. Na fase que a instituição atravessava naquele momento, além da área operativa que gerenciava os financiamentos, havia uma área de estudos e pesquisas, da qual o setor social (Prosdos), sob a coordenação de Sérgio Góes, deveria identificar grupos e instituições para financiamentos posteriores. "A partir desse período a Finep deixou de ser um 'balcão' e passou a ter propostas nessa área" (Teixeira, 1987)[53]. Foram elaborados o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (Peses) e o Programa de Estudos Populacionais e Epidemiológicos (Peppe), e financiada a consolidação do Mestrado do IMS/Uerj. Para criar centros de excelência, a Finep se propôs a financiar grupos e pesquisas que as instituições absorveriam dentro de determinado prazo. Esse impulso à pesquisa em saúde coletiva teve "elementos favoráveis conjunturais tanto no âmbito geral do governo que se preocupa de incluir as questões sociais no II PND quanto, e principalmente, no âmbito da Finep onde inicia-se uma atuação voltada para o desenvolvimento científico e encontram-se dirigentes sensíveis à problemática da pesquisa em saúde" (Pellegrini & Nicoletti, 1986: 40-50). Ainda segundo o relato de Teixeira,

> *a existência dessa área (de estudos e pesquisas) dentro da própria Finep já era esdrúxula porque abarcava ali pessoas que contestavam diretamente o governo. Estavam lá Conceição Tavares, Carlos Lessa, enfim, pessoas que na área econômica tinham uma posição de contestação a Delfim Netto e eram abrigadas dentro da Finep desde que ficando em uma área de estudos. A área de financiamento era completamente separada.*

Foi uma época favorável para desenvolver o conhecimento em saúde coletiva, mesmo entrando em contradição frontal com o modelo dominante – desde que permanecesse no espaço teórico. "O que contava do ponto de vista dos projetos era essa idéia da inovação, da criatividade, de vencer a injustiça social com criatividade. (...) Era uma época muito propícia para ter uma idéia criativa na burocracia e espaço na área social, ou seja, para colocar no papel e conseguir alocação de recursos" (Teixeira, 1987).

Os dois grandes produtos dos estímulos financeiros da Finep foram diferenciados: de um lado, a concretização de um objetivo de Garcia, a consolidação de um mestrado em medicina social, uma pós-graduação que formou (como até hoje o faz) profissionais com esse enfoque; e, de outro lado, o financiamento do Peses, que teve como produto direto uma série de novos conhecimentos, e como produto indireto, a articulação de um conjunto de núcleos acadêmicos e de profissionais de saúde espalhados pelo Brasil em uma espécie de 'rede' da Medicina Social.

[53] Teixeira, S. M. F. Entrevista concedida à autora.

## O Peses – Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde

No desenvolvimento do Peses e no próprio projeto de recuperação e transformação da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), teve grande importância a vinda para o Rio de Janeiro de um grupo relativamente numeroso de pessoas oriundas da experiência de Campinas quando, em 1975, estourou definitivamente o conflito entre o DMP e a Reitoria da Unicamp. O conflito começou em 1974, quando integrantes do DMP, juntamente com outros setores da Universidade (Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Física e Instituto de Matemática e Estatística), reivindicaram a desconcentração dos poderes em mãos do Reitor Zeferino Vaz e a democratização da universidade através de eleições para as direções das faculdades e institutos. "Em síntese, foi uma briga pelo poder da universidade e por sua democratização. O reitor ganhou o apoio do Governador, da opinião pública e de outros reitores. Ganhou a briga e demitiu o diretor do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Fausto Castilho e o diretor do Instituto de Física, Marcelo Damy e exonerou Aristodemo Pinotti da direção da Faculdade de Medicina" (Arouca, 1987).

Além desse conflito mais geral, o DMP se contrapôs diretamente à Reitoria no caso do Projeto de Paulínea. Área experimental de integração docente-assistencial, segundo Arouca, em Paulínea

> *estavam-se testando projetos comunitários baseados na abordagem marxista-estruturalista das ciências sociais, entre eles a realização de projetos de investigação com a comunidade em que a comunidade era 'o investigador, formas de participação popular e formação de agentes de saúde com participação na direção. Estávamos treinando agentes de saúde de outros projetos comunitários que eram realizados no Brasil, como por exemplo, os auxiliares do projeto de Dom Pedro Casaldáglia em Goiás. (...) E haviam sido produzidos alguns documentos que eram de circulação interna do grupo do DMP em que toda essa abordagem era colocada.*

O DMP da Unicamp recebia um grande financiamento da Fundação Kellogg, que enviou seus assessores internacionais para avaliar tanto o Projeto de Paulínea quanto o Laboratório de Educação Médica. "Um dos assessores faz uma denúncia ao Zeferino Vaz dizendo que o projeto não era um projeto técnico, era um projeto político; que estava se desviando do seu sentido e que isso iria acabar levando a confrontos com a própria Fundação Kellogg, e se demite" (Arouca, 1987). A partir daí, o reitor interferiu no projeto e cerceou as atividades dos membros do DMP, tanto docentes – impedindo-os de manter contato com os alunos – quanto discentes – adiando as suas defesas de dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Além de todas essas limitações ao trabalho no interior da Unicamp, em 1975 o grupo da DMP sofreu a repressão desencadeada pela 'caça aos comunistas' feita pelos órgãos de segurança no Estado de São Paulo. David Capistrano Filho, médico residente do DMP, foi preso na ocasião. A partir de então o grupo procurou alternativas de trabalho – inicialmente 'em bloco' e depois separadamente – que não exigissem 'ficha limpa' no SNI.

Uma das primeiras possibilidades de trabalho foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (Ppreps). Seu grupo inicial, reunindo elementos do MS e da Opas, já estava em desenvolvimento em Brasília. Originalmente o Ppreps seria desenvolvido na Ensp, mas o diretor, Dr. Oswaldo Costa, 'devolveu' o projeto ao Ministério da Saúde, argumentando que a Escola não teria fôlego, não teria capacidade para levá-lo adiante (Ferreira, 1987)[54].

Uma parte dos alunos e residentes do DMP da FM/Unicamp ficou em São Paulo, no mestrado do DMP/USP ou incorporados à SES-SP, que desenvolvia projetos nas periferias, como o da Zona Leste. Outra parte foi para o Rio de Janeiro e inseriu-se no curso básico da Ensp ou no mestrado do IMS/Uerj. Para os profissionais, as chances no Rio de Janeiro foram abertas paralelamente no Peses e na Ensp.

O Peses e a Ensp desenvolveram-se na mesma época e fazem parte de uma mesma estrutura física, mas mantiveram durante quase toda a duração do Peses – de 1975 a 1977 – uma simples coexistência, demarcando espaços próprios e diferenciados de inserção profissional.

O Peses não nasceu na Ensp. Surgiu na Finep que, em articulação com o Ipea/Seplan e com a Secretaria Geral do Ministério da Saúde, pressionou a Presidência da Fiocruz para que esse órgão assumisse o seu desenvolvimento. E era um acessório do Peppe, este sim um grande projeto de pesquisas populacionais e epidemiológicas previsto no convênio Fiocruz/Finep. Os dois programas foram introduzidos e desenvolvidos na Ensp, que por sua vez experimentava o seu próprio projeto de renovação.

Esse projeto de renovação foi elaborado por um grupo, conhecido como 'os Dezoito do Forte', que, segundo Luís Fernando Ferreira, um de seus integrantes, caracterizava-se mais como um grupo de resistência institucional do que de resistência política. Para ele, depois da 'gestão Blois' – que promoveu um processo de modernização – a Ensp entrara em decadência, mantendo um quadro muito pequeno de professores, com salários muito baixos. Durante a primeira década da ditadura militar, a Escola ficou reduzida à formação de recursos humanos em escala que não era nacional e com um programa de natureza extremamente oficial. Chegou a ser denominada 'centro do oficialismo', 'túmulo' do pensamento progressista em saúde.

---

[54] Ferreira, L. F. Entrevista concedida à autora.

Do pequeno grupo de resistentes surgiu um projeto de renovação da Ensp que encontrou no 'soerguimento de Manguinhos'[55] uma conjuntura favorável. Esse projeto incluía a descentralização do Curso de Saúde Pública, o desenvolvimento do Treinamento Avançado em Serviço (TAS) e o aumento do número de professores mediante a realização de concursos para os departamentos. "Existia um grupo de pessoas que estavam pensando um projeto, pensando uma Ensp diferente. Mas o Peses não era parte desse projeto, tendo, inclusive, sido criticado pelo departamento de ciências sociais da Ensp" (Arouca, 1987).

O desenvolvimento da Escola nesse período será abordado em seguida no que chamamos área de reprodução do conhecimento. Destacam-se, aqui, o desenvolvimento do Peses no mesmo espaço físico, mas diferenciado, e o conflito com o espaço acadêmico ocupado pela Ensp. O Peses teve completa autonomia da estrutura hierárquica e administrativa da Ensp e somente a partir de fins de 1977 ocorreu a integração dos seus membros à Ensp, ainda sob intensos conflitos entre suas equipes.

O grande programa criado através do convênio assinado entre a Fiocruz e a Finep, em novembro de 1975, não foi o Peses, e sim o Peppe. Naquela ocasião a Finep abriu uma linha de crédito de Cr$ 23.700.000,00 para o Peppe e de Cr$ 6.300.000,00 para o Peses. Este deveria ser "um grupo de estudos socioeconômicos em saúde que funcionasse aproveitando a infra-estrutura do programa principal e de direto interesse da Secretaria Geral do Ministério da Saúde" (Peses/Peppe, 1978).

No entanto, o que ocorreu foi bem diferente. Enquanto o Peses, mesmo enfrentando um série de dificuldades, começou a desenvolver seus projetos, o Peppe perdeu-se entre idas e vindas de documentos para a Finep, ocasionando grande atraso na realização das pesquisas.

---

[55] Denomina-se 'soerguimento de Manguinhos' o projeto de recuperação da Fiocruz realizado a partir de 1975 com a entrada do novo presidente dessa instituição, o Dr. Vinícius da Fonseca, assessor do Ministro do Planejamento Reis Velloso. A Fiocruz já existia como tal desde o início da década de 70, a partir da 'agregação' do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) à Fundação Especial Ensino de Saúde Pública (atualmente Ensp). Segundo Luís Fernando Ferreira depois que o Dr. Rocha Lagoa, como Ministro da Saúde, conseguiu 'limpar o seu caminho' com a absurda cassação de dez cientistas da instituição num ato que ficou conhecido como o 'massacre de Manguinhos' (Lent, 1978), "pensando em seu retorno ao IOC quis transformar o Instituto em Fundação mas, existindo uma lei que impedia a criação de novas fundações, ele usou o artifício de mudar o nome da Fundação Especial Ensino de Saúde Pública para Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), e colocou o IOC lá dentro". A vinda do assessor da Seplan, com um projeto de modernização institucional e com a canalização de recursos governamentais, permitiu o início da recuperação da Fiocruz, particularmente do IOC. Ainda, segundo Luís Fernando Ferreira, paralelamente a esse movimento de priorização governamental de recuperação do IOC, na Ensp organizou-se um projeto de renovação, não do inteiro agrado do presidente da Fundação, que "tentou por várias vezes 'entrar' na Ensp sem conseguir, existindo entre a Presidência e a Escola uma tensão muito grande e permanente" (Ferreira, 1987).

O Peses estruturou-se em torno de grandes áreas de pesquisa, desenvolvendo ao todo sete projetos nas áreas: economia e saúde, campanhas sanitárias, medicina comunitária, ensino da medicina preventiva e complexo previdenciário, além de um projeto bibliográfico e outro de financiamento de pesquisas externas ao Peses. A coordenação foi dupla: Sérgio Góes pela Finep e Sergio Arouca pela Fiocruz montaram uma equipe composta por profissionais tanto das ciências sociais quanto da área de saúde, em particular do IMS/Uerj e posteriormente de outros DMPs.

Nas palavras de Arouca (1987),

> *o Peses não foi um modelo de pesquisa acadêmica pura; foi montado para a intervenção política. Além da incorporação das ciências sociais, retomava o projeto político de Paulínea com o estudo dos projetos alternativos de medicina comunitária como áreas de prática política e o do ensino nos departamentos de Medicina preventiva – uma estratégia para que nós influenciássemos os departamentos para a abordagem social em nível nacional. São esses projetos que nos jogam para fora e começamos a estabelecer uma rede com pessoas que tinham um projeto político no trabalho comunitário. (...) Durante o começo do Peses criam-se quase que dois núcleos: um que pensava o Peses também como projeto de intervenção, outro como área de produção do conhecimento.*

O Peses enfrentou dois dilemas permanentes: em nível interno, entre ser um projeto puramente acadêmico ou incorporar projetos de intervenção política; no nível externo, entre permanecer como grupo à parte da Ensp ou incorporar-se à sua estrutura departamental.

Como resultado do conjunto de pesquisas nas áreas mencionadas, o Peses apresentou um 'corpo de pensamento', uma abordagem estruturada e coletiva à problemática de saúde. Isso o distinguiu enquanto projeto acadêmico. Para o movimento sanitário, que nesse momento estava em articulação, foi fundamental o papel desempenhado por esses projetos e pelo projeto bibliográfico, que "recuperou o trabalho que Garcia fazia de distribuição de material bibliográfico, só que em nível nacional" (Arouca, 1987).

O Peses teve papel importante na articulação de uma rede que

> *unifica as instituições por pertencerem ao campo determinado por um novo marco conceitual na área de saúde coletiva. Essa inovação conceitual vai estruturando um novo campo doutrinário de saúde no Brasil demarcado pela determinação social das doenças, pelos estudos de atenção à saúde e pela experimentação de formas alternativas de organização dos serviços. Os seguintes pontos moldam ainda a estrutura deste campo de objetos: a complementação das questões; a multidisciplinaridade e o ressurgimento do coletivo.* (Teixeira, Pacheco & Arouca, 1978:36-37)

O Peses enfrentou uma série de dificuldades para o seu desenvolvimento. O programa deveria usufruir de uma infra-estrutura (a do Peppe) que foi criada posteriormente; enfrentou também dificuldades no

relacionamento com a Fiocruz, devido à "inexistência de normas administrativas para encaminhamento dos processos; inexistência de um plano de aplicação dos recursos de contrapartida da Fiocruz; inexistência de um sistema de acompanhamento das pesquisas; total inadequação do sistema de contabilidade e inexistência de uma política de contratação de pessoal" (Peses/Peppe, 1978:2-3). Mas a grande dificuldade enfrentada pelos programas foi com o SNI ou com sua representação institucional: a Assessoria de Segurança e Informações (ASI). De início, esse órgão vetou o nome de Eduardo Costa para coordenar o Peppe, resultando que a coordenação formal dos dois programas fosse feita por Sergio Arouca. Mais tarde, em uma fase de renovação de contratos do Peses, alguns nomes começaram a ser vetados sob a alegação[56] de que 'não passavam' pelo órgão de Segurança e Informações. Esse órgão interferiu também no processo de incorporação de pessoas do Peses e do Peppe à Ensp, ao proibir a nomeação de dois pesquisadores aprovados em concurso.

Segundo o exposto no Documento de Trabalho, "em 6 de dezembro de 1977 todo o grupo do Peses recebeu aviso prévio de demissão com a explicação de que era um simples ato administrativo originado do encerramento das atividades dos projetos em 31 de dezembro" (Peses/Peppe, 1978:8).

> *Na fase final do Peses as fichas das pessoas estavam sendo recusadas, o dinheiro estava acabando e nesse momento estava sendo discutida a incorporação na Ensp do grupo do Peses/Peppe. Uma parte entra por concurso nas vagas que foram abertas, principalmente em planejamento e epidemiologia; não tinha vagas em ciências sociais. A absorção da equipe era parte do compromisso assumido no convênio com a Finep. Vinícius da Fonseca fez a incorporação, na dependência das fichas do SNI Algumas pessoas foram incorporadas, mas várias foram vetadas. (...) O Peses acaba. A integração do pessoal aos departamentos desencadeou uma crise muito grande. Esses profissionais tinham salários maiores e eram mais jovens e politicamente muito mais comprometidos.* (Arouca, 1987)

Os resultados do Peses tanto entusiasmaram os responsáveis na Finep que em 1978 deram início à elaboração do Programa Integrado de Saúde (PIS), através da constituição de um grupo de trabalho. O primeiro relatório do PIS apontava que a experiência anterior (o financiamento por programas e não por projetos isolados) havia demonstrado ter sido muito proveitosa,

> *possibilitando uma alteração significativa da situação da produção científica nesta área. (...) Diríamos mesmo que foi criada,*

[56] Tanto Luís Fernando Ferreira quanto Sergio Arouca deixaram perceber em seus depoimentos que não existiam provas concretas de que os vetos a pessoas para cargos de coordenação e chefia, ou para renovações de contrato, fossem realmente oriundos do SNI. Segundo eles, aparentemente ocorreram mesmo alguns vetos, porém, muitas vezes, o então Presidente da Fiocruz alegava ordens do SNI para interferir nos assuntos da Ensp ou do Peses/Peppe.

*informalmente, uma rede nacional de informações envolvendo grande número de pesquisadores e instituições quer no campo acadêmico, quer no campo da prestação de serviços. (...) A criação do Programa Integrado de Saúde tem origem neste contexto, visando a compatibilizar a necessidade de manutenção daquelas características dos programas anteriores que demonstraram a sua eficácia, e, ao mesmo tempo, permitir a expansão desta linha de ação, com a inclusão de outras instituições.* (Teixeira, Pacheco & Arouca, 1978)

A implementação do PIS constou da criação do mencionado grupo de trabalho, da realização de um seminário em setembro de 1978 com a presença de 43 participantes de 20 instituições, da definição de três áreas temáticas e das áreas prioritárias dentro destas, e da montagem do modelo do Programa. O PIS pretendia identificar possíveis núcleos de pesquisa, visando a descentralizar regionalmente os auxílios financeiros e a diversificar em termos institucionais; a ampliar o universo das pesquisas em saúde coletiva, financiando departamentos ou pesquisadores da área de ciências sociais para que investigassem o campo da Saúde; e, finalmente, a integrar os projetos desenvolvidos nos diversos núcleos por meio de uma coordenação horizontal. Em seu depoimento, Teixeira (1987) afirma que

*com a mudança de governo em 1979, a primeira medida foi acabar com a área de estudos e pesquisas; os intelectuais saem da Finep e vão para o exterior com bolsas ou para outras instituições. Nós vamos para a área operativa e começamos a tentar que as linhas que tinham sido definidas em termos de programas específicos constituíssem as linhas de financiamento da Finep. Começamos a introduzir procedimentos bastante diferentes do que a Finep fazia. Por exemplo, passamos a definir essas linhas junto com os próprios usuários da Finep, ou seja, democratizamos a definição das linhas de pesquisa. Quem inaugurou isso na Finep foi a área de saúde. Tudo isso na gestão do Dr. Pelúcio. (...) Quando os projetos começaram a chegar já era outro ministro e outra direção da Finep. (...) Nós tínhamos boas expectativas porque estávamos subordinados não mais a um coronel mas a um médico e este tinha como diretor um economista com estudos na área social, então achamos que teríamos muito mais facilidades para essa discussão. Foi exatamente o inverso de tudo isso porque todos os projetos foram negados.*[57]

---

[57] "Nós achávamos que por estarmos subordinados diretamente a um médico, o Corbet (...) teríamos uma grande vantagem porque ele seria sensível à área de saúde e, além disso, o Diretor de toda essa área era o Marcelo Abreu. Mas, foi exatamente o contrário porque todos os projetos foram negados (...) e (aquilo) ali se tornou uma guerra para todos nós. A dotação orçamentária que existia não foi gasta e acho até que eles caíram por isso – porque eles não financiaram nada em área nenhuma. (...) Numa época de abertura não se podia financiar pesquisas de saúde do trabalhador porque isso podia ser apropriado pelos sindicatos. (...) Nós discutíamos, mas eles diziam que eram projetos ideológicos, que eles não iam financiar, que eles só iam financiar coisas científicas. Ficamos lá dois anos sem fazer nada" (Teixeira, 1987).

Essas mudanças resultaram na paralisação do apoio financeiro da Finep à área de saúde coletiva até 1982. Os produtos desse primeiro 'pico' de apoio à pesquisa em saúde coletiva foram, por um lado, a consolidação de um centro de pós-graduação em medicina social e, por outro, os produtos das pesquisas do Peses, marcos na evolução da construção da análise do setor.

A atuação da Finep nesse campo do conhecimento possibilitou a realização de 58 trabalhos de pesquisa entre 1975 e 1979, dos quais foram publicados cinco livros entre 1978 e 79 e outros dois em 1980 (Magaldi & Cordeiro, 1983).

Segundo levantamento feito pelo PIS, em 1978 existiam 16 instituições desenvolvendo pesquisas ou elaborando projetos no campo da saúde coletiva. Concentradas na Região Sudeste (doze), sete delas no Rio de Janeiro, na maioria eram instituições acadêmicas da própria área de Saúde (sete), uma era da área de ciências sociais e uma da área de administração. Seis instituições eram prestadoras de serviços de saúde como secretarias municipais, centros regionais e até mesmo o Departamento de Planejamento da Direção Geral do Inamps. E apenas uma instituição era um centro de pesquisas epidemiológicas: o Peppe (Teixeira, Pacheco & Arouca, 1978).

## O Instituto de Medicina Social da Uerj

Também na consolidação do mestrado de medicina social do IMS/Uerj a Finep teve um papel fundamental. O curso de mestrado foi o que deu vida ao Instituto, e ao seu redor criou-se um centro de pensamento progressista da saúde. "Se não fosse o mestrado não existiria o Instituto. É diferente da Escola (Ensp) e mais parecido com a Bahia (DSC/Ufba). É em torno do mestrado que o IMS se tornou um pólo de reflexão, de debate político-científico" (Guimarães, 1987)[58].

A origem do IMS/Uerj deu-se ao redor de 1967-1968, a partir de um pequeno grupo de pessoas vinculadas à direção da faculdade de medicina da então Universidade do Estado da Guanabara (UEG), exercida naquele momento pelo Dr. Piquet Carneiro, que procurava desenvolver um projeto com os moradores de uma comunidade carente próxima à faculdade: a favela do Esqueleto. Esse pequeno grupo deslanchou um processo em que ao mesmo tempo tentava aperfeiçoar a formação dos médicos incluindo novas disciplinas e buscava a própria formação. Para tanto, estabeleceram-se contatos com a Opas, que passou a apoiar o grupo inicialmente no desenho de cursos e depois na 'formação dos formadores' fornecendo bolsas de viagem ou financiamento de cursos de pós-graduação.

O contato deste grupo vinculado à direção da faculdade com o movimento que vinha sendo articulado através de Juan César Garcia foi

---

[58] Guimarães, R. N. Entrevista concedida à autora.

feito em 1970, quando um dos seus integrantes, Hésio Cordeiro, foi para a Universidade de Kentucky, nos Estados Unidos. Simultaneamente, o grupo do Rio de Janeiro passou a acompanhar as discussões realizadas nos encontros de docentes de medicina preventiva do Estado de São Paulo.

> *Hoje, olhando para atrás, eu vejo que as coisas se passaram numa velocidade espantosa. Em um processo entre 1967 e 1970 o grupo já estava criado, institucionalizado, com pessoas no exterior, com monitores, com algum tipo de recursos. E no final de 1970 esse grupo que se constituiu anexo à direção foi institucionalizado por decreto do Reitor, (através da criação) do Instituto de Medicina Social. A partir de então passou a ter a responsabilidade de exercer a docência e a investigação, não mais exclusivamente na área médica, mas na área de saúde de toda a universidade.* (Nunes, 1987)

Nesse primeiro momento, o grupo também foi alvo da repressão, não só de maneira generalizada – já que em 1968 a faculdade de medicina da UEG era um local de resistência e combate do movimento estudantil – mas também específica: juntamente com outros professores da faculdade, o grupo foi submetido a Inquéritos Policiais-Militares (IPMS) que duraram todo o ano de 1970.

O grande impulso do grupo foi a implementação do curso de mestrado em 1972. Em março desse ano, em um seminário realizado na UEG como desdobramento dos encontros de Ribeirão Preto e Campinas, decidiu-se canalizar para o Instituto os recursos obtidos junto à Fundação Kellogg para o financiamento da criação do mestrado.

> *Não sei exatamente como se produziu essa decisão, mas nesse seminário tomou-se a decisão que partiríamos para a área de pós-graduação. Para tanto existiu um estímulo muito especial de Garcia que já tinha um contato próximo com a Kellogg Foundation que apoiava um grande programa de formação de recursos humanos na América Latina. (...) Garcia atuou como intermediador: tinha as pessoas, tinha o país, tinha o projeto e podia ter o dinheiro, que seria o dinheiro da Kellogg.* (Nunes, 1987)

Tomada essa decisão, o grupo iniciou o que Nunes chamou de ‘caça ao tesouro’. Buscando estruturar um currículo que incorporasse as ciências sociais às análises das questões de saúde, seus integrantes contataram diferentes correntes e instituições de ciências sociais. Por intermédio de Garcia, do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), da Pontifícia Universidade Católica (PUC) e dos DMPs das faculdades paulistas, foram encontrando textos, e neles buscavam os autores citados, como que “catando os pedaços do vitral”. Essa incorporação, por vezes assistemática, tinha um grande eixo: a crítica ao modelo funcionalista. De resto, o processo de construção do currículo alternativo “era uma grande salada de orientações” (Guimarães, 1987).

O mestrado propriamente dito iniciou-se em setembro de 1972, quando a Opas enviou cinco bolsistas centro-americanos. A primeira turma foi composta por esses bolsistas e por cinco 'alunos/professores' do próprio instituto: "Pelas circunstâncias da busca desse objeto novo, da construção desse novo espaço interdisciplinar, a primeira turma do mestrado acabou sendo um curso produzido por seus próprios alunos" (Nunes, 1987).

Desde então, o IMS vem oferecendo anualmente o curso de mestrado em medicina social. De sua longa trajetória muito há para contar, mas isso vai além de nosso objetivo. Durante os 'anos Geisel' o IMS viveu o período de consolidação do mestrado e conseqüentemente da Instituição. O financiamento mais volumoso coube à Finep, mas as Fundações Kellogg e Ford, assim como a Opas e a própria Uerj, contribuíram para o seu desenvolvimento.

O perfil do grande 'produto' do IMS, o profissional formado mestre em medicina social, oscilou entre o 'político da saúde' e o 'intelectual da saúde'.

> *Era uma polêmica sistemática. Todos os anos no começo de cada curso de mestrado: 'qual é o produto que o mestrado quer formar'? (...) Quer formar pesquisadores, professores, intelectuais da área de saúde, transformadores, ou formar quadros que se ligassem aos serviços de saúde de um ponto de vista crítico, o que a gente chamava naquela época dos 'políticos da saúde'? E a cada ano, embora sempre se chegasse à conclusão de que o mestrado dava para os dois, a coisa pendia ora para um lado ora para outro. Por exemplo, na época em que a saúde mental dominou tendeu para o lado do pensador, do formulador, do intelectual, do homem que ia formar outros intelectuais. Lembro-me de que já na época (do projeto) de Austin isso pendeu para o lado do 'político da saúde' um quadro do novo tipo, para o novo sistema de saúde.* (Guimarães, 1987)

Além do mestrado propriamente dito, os produtos desse momento do IMS foram "uma programação de pesquisa consolidada em três núcleos de investigação: estudos epidemiológicos e populacionais; análise dos modelos alternativos da atenção médica; análise das políticas e instituições de saúde". Entre os modelos alternativos destacou-se a implantação do que ficou conhecido como Projeto Austin, além do projeto de análise das práticas populares de medicina. Ainda nesse período foram realizadas as pesquisas sobre as instituições de saúde e algumas na área de saúde mental (Teixeira, Pacheco & Arouca, 1980).

A criação e implantação do IMS foi fruto de condições muito especiais. De acordo com o depoimento de Nunes (1987),

> *foi uma convergência circunstancial de ter, em uma organização bastante tradicional como é a Organização Pan-Americana de Saúde, um setor com uma inquietação, com certa curiosidade de reflexão, o que é algo inteiramente acidental em termos de uma organização internacional; uma faculdade que tinha na direção um homem que possuía essa visão da redenção sanitária desse país, um idealista; e,*

*uma fundação americana que tinha uma tradição de investimentos nessa área. Essa série de coisas foram circunstanciais. Mas no desdobramento dessa história, [o que possibilitou] a consolidação do Instituto foi a visão plural das oposições, sem que existisse alguma tendência ideológica predominante, o que veio a ocorrer mais tarde, em 1982. Ou seja: não houve partidarização do Instituto. Era uma frente ampla, democrática, com representação de todos os pensamentos de esquerda. Isso ocorreu entre 1972 e 1982. Foram dez anos de experiência plural!*

Além das instituições mencionadas, ainda fizeram parte dessa arena do movimento sanitário, no período aqui analisado, os DMPs da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a faculdade de medicina da UFMG, o recém-criado mestrado em saúde comunitária do departamento de medicina preventiva da faculdade de medicina da Ufba e o então também recém-criado DMP da Universidade Federal da Paraíba.

Todo esse conjunto de profissionais atuantes no campo da pesquisa e da formação de recursos humanos caracterizava-se por conformar uma frente de pensamento crítico e oposicionista no setor saúde.

## A Produção do Conhecimento

No conjunto de instituições acadêmicas, a pesquisa em saúde coletiva floresceu na segunda metade da década de 70. A área da produção do conhecimento teve como principal característica

*o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica ali desenvolvida. Mesmo sendo localizado em instituições acadêmicas, o que marcará sua produção não serão as teses e projetos individuais, mas principalmente a formação de equipes de pesquisadores, cujo trabalho coletivo absorveu um número crescente de profissionais das ciências sociais juntamente à geração dos chamados 'novos sanitaristas' oriundos das escolas médicas. Em outras palavras, ao tomar o 'coletivo' como objeto do seu saber e da sua prática, a produção de conhecimentos nesta área sofreu profundas alterações de caráter institucional, na direção de uma produção mais coletiva e interdisciplinar.* (Teixeira, 1985: 87-109)

Essa produção de conhecimento com caráter coletivo foi por sua vez construindo, ao longo da segunda metade dos anos 70, um marco teórico comum às escolas de saúde pública e departamentos de medicina preventiva, alterando o perfil da formação dos recursos humanos. Ao tornar a realidade como objeto de estudo (e intervenção), partindo das contradições e conflitos observados no interior do Sistema Nacional de Saúde, o campo de investigação em saúde coletiva foi ampliado, surgindo inúmeros novos objetos.

Donnangelo (1983:17-35) sistematizou os tipos de conhecimento produzidos na década de 70 em duas grandes áreas: a produção epidemiológica e a produção de estudos sobre práticas de saúde.

A revisão crítica começou na área de epidemiologia, através do questionamento da multicausalidade e outros conceitos; durante a segunda metade da década de 70, ocorreu uma ênfase crescente no social, não como variável explicativa mas como campo no qual se constrói o processo de saúde/doença. Alguns trabalhos, especialmente na área de nutrição e de doenças endêmicas, apresentaram inovações metodológicas que constituíram alternativas à 'história natural da doença'. As relações entre saúde e trabalho também se tornaram objeto de estudo, mais desenvolvido na década de 80.

Quanto à produção na área de estudos sobre práticas de saúde, no fim dos anos 60 ocorreu a emergência temática da questão do planejamento e da reorganização administrativa como base para a racionalização da prática sanitária e, na década de 70, o número de estudos aumentou muito, "buscando evidenciar, com maior ou menor refinamento metodológico, as articulações econômicas e político-ideológicas da prática sanitária" (Donnangelo, 1983:32).

Foram levantados vários aspectos específicos, tais como medicamentos; o estudo sobre empresas médicas e sobre política previdenciária; o caráter histórico da prática psiquiátrica; políticas de extensão de cobertura, administração de serviços, formação de recursos humanos; estudos sobre medicina comunitária e outros. Cabe lembrar que a produção teórica analisada restringiu-se aos estados do Rio de Janeiro e São Paulo e limitou-se aos trabalhos realizados nas universidades.

Na sistematização feita por Nunes (1985:31-71), a categoria mais estudada, 'serviços de saúde', tinha como cinco subtemas mais pesquisados: a medicina estatal, em que estavam agrupadas "as pesquisas que tratam da organização, planejamento, financiamento, legislação, gastos, demanda, utilização e outros aspectos"; medicina e sociedade, que envolvia estudos referentes às formas de articulação da prática médica com a prática social; a análise histórica, que tratava dos estudos sobre essas articulações em um determinado país, região ou tipo de prática; a atenção primária, subtema em franco desenvolvimento ainda no fim da década; e programas de saúde, agrupando uma série de programas sanitários em diferentes áreas.

Na produção de conhecimento desse período, destacam-se dois aspectos: a transformação da concepção de planejamento e a consolidação da incorporação da economia política em saúde com a estruturação do campo de estudo sobre economia e saúde. Sobre este último, Médici (1985:178) apontou que

> *a economia ingressa, em larga escala nas análises feitas, mesmo quando estas não se reportam majoritariamente a este campo de investigação. Determinadas questões, como a crítica ao desenvolvimento, a análise*

*sócio-econômica dos determinantes sociais da doença, os aspectos econômicos da distribuição dos serviços de saúde, fazem parte dos temas tratados. (...) Nos anos 70 a mais extensa produção no terreno da economia e saúde foi a de Carlos Gentile de Mello, que em artigos de revistas especializadas, jornais, boletins de associação de classe e revistas de centros como o* Cebes *escreveu sobre inúmeros temas ligados a essa área tais como a questão previdenciária, aspectos econômicos da atenção médica e o financiamento do setor.*

No final dos anos 60 e início dos anos 70, também verificou-se uma reflexão crítica e autocrítica sobre a maneira como estava sendo concebido e implementado o planejamento, fruto tanto do fracasso dos planos formulados quanto da intensa comoção social e política em toda a América Latina, em cuja raiz "encontra-se, sem dúvida, a Revolução Cubana" (Testa, 1985:335-367).

A visão normativa dominante foi questionada em suas técnicas, seus objetivos e a neutralidade dos seus sujeitos. Viveu-se a 'crise do planejamento'. Verificou-se

*uma tendência hipercrítica em suas duas vertentes extremas: uma de que o planejamento não servia como ferramenta decisória nos países capitalistas; outra a de que era um dos instrumentos ideológicos através do qual a classe dominante exercia sua dominação. A outra tendência foi positiva em relação ao planejamento e também admitia uma diferenciação em dois eixos: um que aprofundou o estudo e a aplicação do planejamento normativo em versões cada vez mais sofisticadas como, por exemplo, os modelos matemáticos, e o outro eixo que propôs uma reformulação dos métodos.*

Este último eixo de abordagem "pode ser englobado sob a denominação genérica de planejamento estratégico, definido pela característica de incorporar explicitamente o político não como marco referencial do planejamento mas como parte de seu objetivo específico de trabalho" (Testa, 1985: 345-7).

Na América Latina, os trabalhos de Mário Testa (e, posteriormente, de Carlos Matus) tornaram-se referências imprescindíveis desse novo enfoque que estudou a distribuição de poder procurando deslocá-lo segundo sua ótica societária, sua ideologia; que considerava o planejamento um processo em que ocorrem conflitos de interesses entre diferentes grupos; e que apontava o planejador como parte de uma força social, portanto com uma posição definida no marco da luta pelo poder.

## A Reprodução do Conhecimento: descentralização dos cursos de saúde pública e residências em medicina preventiva e social

Na área de reprodução do conhecimento, ou seja, na formação de recursos humanos, destacam-se nessa época: a descentralização da formação do sanitarista através dos cursos regionalizados; o início do movimento que transformaria as residências em medicina preventiva e social; e as pós-graduações *stricto sensu* na área de saúde coletiva. Todos esses níveis de reprodução de um conhecimento já construído possibilitaram, por um lado, a difusão da abordagem médico-social e a transformação do perfil de formação do sanitarista, e por outro lado o contato com novos objetos de investigação. Todos foram instrumentos importantes para a consolidação da hegemonia da proposta médico-social na formação de recursos humanos no campo da saúde coletiva. Assim, difundiu-se de maneira numericamente importante não só uma nova forma de pensar a saúde como também de atuar no setor.

Essa transformação dos sanitaristas aconteceu paulatinamente, num processo iniciado no movimento de recuperação e transformação da Ensp. Parte desse movimento foi o início do processo de descentralização do curso de saúde pública, até então lecionado apenas na sede da Escola (Rio de Janeiro). Essa proposta surgiu diante da necessidade de 'acelerar' a capacitação de sanitaristas para atender a "uma demanda crescente de candidatos ao curso e para preparar uma massa crítica de recursos humanos para atuar na execução de programas prioritários de Saúde Coletiva, em particular no de expansão da rede permanente de serviços" (Uchoa & Paim, 1982: 21-52). Fez parte, portanto, da tendência mais geral de recuperação das práticas de saúde pública como alternativa assistencial possível.

No primeiro semestre de 1975, em um processo relativamente rápido, uma proposta foi debatida e elaborada. Em maio, durante um seminário, estabeleceram-se as bases para a descentralização e elaborou-se um anteprojeto que modificava o curso do Rio de Janeiro em vários aspectos, inclusive na carga horária. As propostas foram aprovadas pelo então chamado Conselho Técnico do Departamento de Preparação de Pessoal, e em julho começou no Rio de Janeiro o I Curso Básico de Saúde Pública, considerado como a primeira etapa do processo de formação do sanitarista.

Neste primeiro ano, o curso só foi descentralizado para Porto Alegre (RS) e Belém (PA), mas os cursos regionalizados tiveram uma rápida expansão, passando de três em 1975 para dezesseis em 1980, incluindo o curso do Rio de Janeiro. Os contatos foram estabelecidos prioritariamente com as SES (dez cursos). Em quatro estados participavam também as universidades, e, em Brasília, o curso foi solicitado pelo Ministério da Saúde para capacitação dos seus funcionários. A descentralização possibilitou um aumento substancial na quantidade de formados: entre 1969 e 1974, foram

graduados 281 sanitaristas, ao passo que entre 1975 e 1980 egressaram 1.643 profissionais. O indicador inscrições/vaga permitiu observar que a demanda aos cursos apresentou uma tendência crescente entre 1975 e 1980, com maior procura nas regiões Norte e Nordeste.

Entre 1975 e 1980, os cursos regionalizados foram o instrumento mais importante de formação de sanitaristas, tanto numérica quanto geograficamente. Neles se concentraram as discussões renovadoras das propostas de recursos humanos na área de saúde coletiva; neles foram introduzidos as ciências sociais e o posicionamento político como elementos de uma "ética sanitarista". Também romperam com a visão tradicional da saúde pública ao incorporar a análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária.

Outro importante pólo de formação de sanitaristas foram as residências em Medicina Preventiva e/ou Social (MPS), cujo apogeu como *locus* de atuação do movimento sanitário ocorreu a partir de 1979, portanto fora do nosso período de estudo. Os programas de residência em MPS, principalmente a partir de 1980, representaram "a síntese contraditória da tendência racionalizadora com uma proposta mais avançada de Medicina Social", em um processo de rompimento com o modelo clássico de formação de recursos humanos para a saúde pública. Esse processo vinha ocorrendo desde o fim da década de 60 e acompanhava por um lado a tendência racionalizadora necessária para enfrentar o que se convencionou chamar 'crise do setor saúde', (caracterizada pela baixa cobertura, pelo pouco impacto e alto custo das ações), acompanhando também, por outro lado, todo o desenvolvimento do trabalho teórico de redefinição dos marcos conceituais que orientavam os cursos (Paim, 1985).

As residências em MPS tiveram grande desenvolvimento a partir de 1980, com o Programa de Apoio às Residências de medicina social, preventiva e saúde pública (PAR), resultante dos entendimentos entre Inamps, Abem e Fiocruz para "atender as necessidades de uma coordenação nacional entre os programas de residência na área criados pelo Inamps em 1980 através de convênios com diversas universidades federais e outras instituições no país" (Buss, 1982:55).

O PAR foi um marco por significar a entrada da Previdência Social na pós-graduação em saúde coletiva e a sua associação com uma instituição formadora de recursos humanos, a Ensp. Essa associação foi relativamente breve. "O PAR como tal, gestado pelo Inamps e pela Ensp, durou um ano, coeso". Na segunda reunião do Conselho de Coordenação, ficou evidente a impossibilidade de convivência entre a proposta de Medicina Social defendida pela Ensp, Bahia e Minas Gerais e a proposta de Medicina Geral e Comunitária defendida pelo Inamps com apoio de Petrópolis e Pernambuco (Buss, 1987)[59].

[59] Buss, P. M. Entrevista concedida à autora.

Sem o apoio do Inamps, o grupo do PAR, identificado com a proposta de medicina social, procurou abrigar-se na recém criada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Segundo Buss, o PAR "passou a dar vida e existência à Abrasco" e as histórias passam a se confundir.

Antes de 1980, as residências em medicina preventiva e social eram seis, oferecendo um total de quarenta vagas anuais. Destacavam-se em São Paulo as residências dos DMPs da USP, da Unicamp e de Ribeirão Preto. No Rio de Janeiro, desde 1976 funcionava na Ensp um programa de Treinamento Avançado em Serviço (TAS) em Saúde Pública. O programa era bastante similar ao que viria a ser oferecido na residência propriamente dita, iniciada a partir de 1979, mas desde o início apresentava uma característica que os diferenciava: o fato de ser multiprofissional, aceitando egressos de todos os cursos da área de saúde e não apenas os médicos. Apenas duas residências em MPS no país apresentavam essa característica multiprofissional: a Ensp e a UFPB[60].

Em 1979, a Residência em MPS foi regulamentada com a Resolução 08/79 da CNRM,

> *um grande avanço para a medicina preventiva e social no país sobretudo porque implicava o reconhecimento pelo Estado de uma proposta que, até então, era considerada 'marginal' (...) Na medida em que essa Resolução ampliava o espaço para a pós-graduação lato sensu e o Inamps se apresentava interessado na proposta, financiando parcialmente os programas e assegurando bolsas para os residentes, criava-se um novo alento para os programas de residência até então existentes e estimulou-se a organização de um expressivo número de programas em curto espaço de tempo.* (Paim, 1985b)

Mas a Resolução 08/79 foi um 'guarda-chuva' que permitiu o convívio, sob a mesma denominação, de representantes do pensamento liberal, da tendência racionalizadora e da corrente médico-social. Foi somente em 1981, já como parte da luta da Abrasco, que a regulamentação, por meio da Resolução 16/81 da CNRM, distinguiu uma alternativa para os programas: "os que adotaram o modelo da Medicina de Família ficaram com o nome de Medicina Geral e Comunitária, com a sua resolução específica; os que optaram pela Saúde Coletiva passaram a ser reconhecidos pela resolução 16/81" (Paim, 1985b).

Ainda no que se refere à formação de recursos humanos em saúde coletiva em nível de pós-graduação *stricto sensu,* seis cursos de mestrado e quatro de doutorado foram criados no período entre 1970 e 1980, a maioria deles antes de 1975. Três deles tiveram lugar em São Paulo (Faculdade de Saúde Pública da USP, faculdades de Medicina de Ribeirão Preto e de São Paulo/USP), dois no Rio de Janeiro (IMS e Ensp) e um na Ufba.

---

[60] Essa informação data da redação original do trabalho (1987).

> *Em 1981, quatro cursos foram classificados como A e dois como B pela Capes, cujo sistema de avaliação da produção científica dos programas de pós-graduação evidenciou uma apreciável divulgação científica, destacando-se a produção de livros que estão contribuindo para o aprimoramento do ensino, para a divulgação para outros núcleos e para os processos decisórios ligados às possibilidades de saúde. Apesar do volume de produção dos programas que envolve 16 linhas principais de pesquisa a produção média por docente é da ordem de 1.02 para os dois anos, o que ainda não é satisfatório.* (Magaldi & Cordeiro, 1983:52)

O último aspecto da Academia a ser abordado aqui é sua vinculação com o político. Coerente com o pensamento segundo o qual a saúde é vista como uma prática social, portanto com as mesmas determinações da sociedade e do conjunto de práticas sociais, toda a movimentação dentro das instituições acadêmicas – a produção/reprodução do conhecimento – estava profundamente ligada ao que acontecia e agitava a vida política nacional.

No relatório final do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – realizado em Salvador, em agosto de 1978, ressaltava-se que

> *se o objeto é social, a intervenção é social. Conseqüentemente as propostas de intervenção não podem ser limitadas aos aspectos tecnocráticos, uma vez que as práticas sociais não são desarticuladas, nem autônomas. (...) as propostas de atuação da medicina social têm forçosamente de incluir o nível político, mesmo sabendo que as transformações relevantes resultam da interação de várias forças externas ao setor saúde.* (Ufba, 1978)

Em 1979, o Relatório Final da II Reunião Nacional de Docentes de Medicina preventiva e/ou Social sugeria que "os docentes de MPS ampliassem e prestigiassem os núcleos do Cebes no sentido de que a produção acadêmica dispusesse de canais efetivos da sociedade civil capazes de polemizá-la e politizá-la, contribuindo desse modo com os avanços dos movimentos sociais organizados".

A vinculação Academia/Cebes foi extremamente profícua, e a linha editorial desse órgão, aí incluída a revista *Saúde em Debate,* foi "a única iniciativa mais sistemática de divulgação da produção científica e a única publicação periódica especializada na área de ciências sociais em saúde" (Teixeira, 1985).

Outra entidade da sociedade civil bastante vinculada à Academia foi a Abem, que durante todo esse período consolidava seu perfil – liberal e neutro – e seu prestígio político, pelo fato de ser composta por personalidades muito bem situadas em relação ao poder do Estado, das associações médicas e dos organismos internacionais. A vertente da Academia procurou sistematicamente modificar esse perfil da Abem, mas isso apenas se esboçou

a partir de 1984. No penado em análise, a Abem foi palco de luta a favor e contra o pacote de reforma curricular da Federação Pan-Americana de Escolas Médicas (Fepafem), que trazia embutido um programa de controle da natalidade. Foi também palco de disputa entre as propostas de formação do médico de família e a de medicina preventiva e social.

Estando vinculada ao político, a Academia também foi alvo da repressão. "As dificuldades não se restringem à redução da carga horária (da disciplina de medicina preventiva) ou aos limites impostos ao seu campo de prática pela atual organização de serviços de saúde no País. Em certos momentos críticos elas tomam caráter nitidamente repressivo obstruindo a realização de trabalhos docentes e de pesquisa. É o caso de Campinas (1975), Bahia (1976-1979) e Brasília (1978-1979)" (Paim, 1981: 57-9).

Em 1977 circulou a 'lista do Frota', em que o general Ministro do Exército denunciava uma centena de 'comunistas infiltrados nas instituições públicas'. Da lista constavam alguns membros da Academia. No Peses apostava-se: quem seria o primeiro a 'cair'? Os contratos de prestação de serviços eram submetidos às Assessorias de Segurança e Informações (ASIs), existentes então em todos os níveis da administração pública. Eram as ASIs que autorizavam a contratação. Assim, a repressão impediu a contratação de pesquisadores aprovados em concurso, como ocorreu na Ensp/Fiocruz em 1978 com Reinaldo Nery Guimarães e Alberto Pellegrini Filho. Essa ramificação do SNI dispunha também do poder de vetar as indicações para coordenadores dos projetos de pesquisa. Isso, porém, não diminuiu a vinculação da Academia com o político, já que se tratava de uma vinculação orgânica, estruturante do pensamento e da prática da corrente médico-social. Desde o seu início e ao longo de todo esse período, essa vertente do movimento sanitário participou da luta pela redefinição das políticas de saúde, pela democratização do País e das instituições de saúde.

# Parte III

## A EXPERIÊNCIA ACUMULADA DO MOVIMENTO SANITÁRIO: OS PROJETOS INSTITUCIONAIS

Na segunda metade da década de 70, desenvolveram-se três grandes projetos (planos ou programas)[61]. Em sua realização (elaboração/implementação), participaram pessoas identificadas por um pensamento comum, com propostas transformadoras para o sistema de saúde. Essas pessoas e essas experiências, em contato com outras pessoas e experiências, ao final da década haviam se articulado de forma a constituir um movimento de pessoas e idéias que chamamos de movimento sanitário.

A troca de informações, o debate, a difusão do aprendizado institucional pessoal em artigos, aulas, conferências etc. possibilitou que essas experiências pudessem ser assimiladas por um conjunto de pessoas e o aprendizado coletivo superasse os limites da vivência individual.

Partimos das Ações Integradas de Saúde (AIS), estratégia reconhecidamente desenvolvida pelo movimento sanitário no interior da Previdência Social a partir do plano do Conasp, e retornamos no tempo em busca dos elementos-chave dessa proposta e de suas principais diretrizes. No Plus, no Projeto Montes Claros e no Piass encontram-se os elementos que foram constituindo um modelo alternativo de prestação de serviços de saúde, com diretrizes e premissas que orientaram as propostas da Reforma Sanitária. Comparando-se a conjuntura das AIS com o período aqui analisado, o que se modificou foi a influência do movimento sanitário no aparelho de Estado e sua capacidade de intervenção social, contrapondo-se às forças e propostas hegemônicas. Quando o movimento sanitário conseguiu desenvolver as AIS, a correlação de forças no interior do Inamps, ainda que francamente desfavorável ao segmento progressista e defensor do setor público, já tinha possibilitado que pessoas com um pensamento transformador começassem a atuar na Previdência Social, ou seja, na instituição dominante na política de saúde atingindo efetivamente algum nível de poder.

Os anos entre 1975/76 e 1979 foram os momentos iniciais do movimento sanitário; foram as primeiras experiências de exercitar e operacionalizar as diretrizes transformadoras do sistema de saúde – para muitos, 'pôr a mão na massa' pela primeira vez – e também de conseguir a adesão de outras forças sociais e políticas para vir a constituir uma alternativa setorial.

---

[61] Referimo-nos basicamente a projetos de âmbito nacional ou regional. As experiências municipais, de grande importância a partir de 1976, fogem ao objeto deste estudo, mas são referidas em nota do capítulo 9.

Os projetos institucionais desenvolvidos não serão analisados pelos resultados de sua operacionalização, mas pelo aspecto da experiência acumulada, ou seja, até que ponto cada projeto orientou as experiências seguintes.

Nunca é demais ressaltar que, se essas experiências institucionais puderam ser difundidas e incorporadas como experiência coletiva, foi porque pessoas com um pensamento transformador trabalharam nas instituições do Estado sem ter uma postura 'asséptica' quanto ao 'jogo do poder'. O que em termos individuais significava possibilidades profissionais, para o movimento sanitário traduziu-se na ocupação de espaços institucionais por um determinado projeto ideológico.

A partir da sua ocupação por pensamentos diferenciados, contra-hegemônicos, esses espaços institucionais passaram a ser palcos de luta, arenas de disputa entre os diferentes interesses. A possibilidade maior ou menor de se levar a cabo as propostas dependia da correlação de forças, que nos 'anos Geisel' era francamente desfavorável ao movimento sanitário.

Vários projetos foram desenvolvidos nos espaços institucionais conquistados. Alguns deles tiveram um papel ideológico que ultrapassou a sua operacionalização, tornaram-se exemplos de novos modelos e provas da exeqüibilidade das propostas transformadoras. Esses modelos eram incluídos na plataforma de luta pela reorganização dos serviços e pela transformação do sistema de saúde e passavam a ser difundidos e defendidos por um conjunto de pessoas. Quando um projeto desempenhava um papel ideológico, aglutinando pessoas e identificando propostas, esse papel ideológico tornava-se maior do que o seu papel concreto, real, e passava a ser uma bandeira de luta.

Ainda, do ponto de vista do movimento sanitário, um projeto podia ser uma experiência de luta, na medida em que a defesa de um determinado modelo fosse feita consciente e coletivamente. Ou seja: tomava-se conscientemente um projeto como alternativa ao modelo existente e esse projeto, com a sua conseqüente experimentação de certas propostas e estratégias, orientava as experiências seguintes.

O Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus) foi a primeira experiência coletiva de um grupo de saúde pública na Previdência Social. Esse grupo experimentou uma metodologia de programação de serviços, algo bastante original em uma época em que as experiências de programação não existiam nas instituições de serviços e eram profundamente criticadas pelas instituições acadêmicas. Original também porque adotava, no método de programação, a população total e o total dos serviços, aplicando o princípio da universalização dos serviços, que estavam institucionalmente adscritos à clientela previdenciária. Adotando esses parâmetros, os resultados teóricos do Plus – mesmo sem terem sido utilizados – evidenciaram que existia uma forma mais racional e justa de distribuição dos serviços de saúde já existentes.

O Plus foi um palco de luta onde o grupo de saúde pública foi rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos. Essa rapidez talvez resultasse do fato de que não tenha sido uma bandeira de luta. Como experiência de luta, não deixou marcas na história do movimento sanitário, merecendo ser recuperado.

O PMC significou um passo adiante em relação ao Plus, pelo simples fato de ter sido operacionalizado, permitindo experiências técnicas e políticas concretas. Foi uma das primeiras possibilidades, em âmbito regional, de aplicação de certas diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização de serviços de saúde. Mas não se limitou a uma experiência local, regional; expandiu-se por outras partes do País. As propostas que lá se enfrentaram representavam interesses divergentes, nacionais e até mesmo internacionais (pois todo o início do PMC foi financiado pela Usaid), que buscavam um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde a baixo custo que pudesse ser implementado em outros locais.

O PMC permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular. Para o movimento sanitário, porém, mais do que o modelo, o que marcou foram as experiências políticas inauguradas: a "substituição da arrogância técnica pela primazia da ação política". O PMC demonstrou a exeqüibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade deste em articular-se com outras forças para sustentar politicamente o projeto.

O Projeto Montes Claros foi um palco de luta onde se enfrentaram duas visões do próprio movimento sanitário, assim como o movimento sanitário enfrentou as forças conservadoras (FSESP) e as privatizantes (INPS). A estratégia adotada – executar o viável mesmo que diminuindo o âmbito inicial do projeto a fim de criar impacto, de ser rapidamente visível para a população, e de defender a manutenção do projeto buscando adesões externas de grupos e projetos fora do âmbito do PMC – fez com que o projeto fosse difundido e defendido por um conjunto de pessoas. Montes Claros passou, então, a ter um papel ideológico: tornou-se bandeira de luta. Foi, também, experiência de luta, já que foi adotado conscientemente como modelo pelo Piass em sua segunda fase, e como objeto de estudo em um bom número de pesquisas e dissertações.

Finalmente, o Piass foi o projeto que significou, por um lado, a viabilização e expansão do modelo alternativo já experimentado em Montes Claros e, por outro, uma fase mais avançada do movimento sanitário, já que sua existência era mais visível. Foi através do Piass e da mobilização política provocada pelo Programa que o movimento sanitário tornou-se uma força interlocutora, um ator social no cenário da política de saúde ao final do período (1979).

Essa visibilidade proporcionada pelo Piass deveu-se à sua abrangência (dez estados), ao movimento de ampliação do leque de alianças de sustentação, (em particular, o aparecimento da frente política dos secretários de Saúde) e ao fato de ter significado a primeira participação da Previdência Social em um programa de saúde pública. Ainda mais do que o PMC, o Piass foi palco, bandeira e experiência de luta do movimento sanitário.

O modelo construído com a utilização dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição da porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. Essas diretrizes e esse modelo perduraram nas AIS, na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Sanitária, propostas defendidas pelo movimento sanitário.

# 7 O Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus)[62]

O Plano de Localização de Unidades de Serviços (Plus) foi elaborado em um momento particular da Previdência Social, caracterizado por uma transição institucional, com a criação do Inamps, parte integrante do Sinpas. Esta criação, como muitos autores já analisaram[63], serviu mais para reforçar o modelo hegemônico privatizante hospitalar, que beneficiava única e exclusivamente os empresários médicos, do que ao 'ilustre' propósito de conferir racionalidade e agilidade administrativa à máquina previdenciária. Outro fato que caracterizou o início do Plus foi o II PND e sua 'tradução previdenciária', o Plano de Pronta Ação (PPA). Traduzindo para a política previdenciária a diretriz do II PND de diminuir as desigualdades sociais com a extensão da assistência médica, o PPA constituiu, na verdade, outro instrumento para privilegiar o setor privado e um mecanismo de esgotamento rápido dos recursos.

Nessa conjuntura institucional também foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social, cujo texto legal libertou a assistência médica previdenciária do controle da política do Ministério da Saúde previsto no Decreto-Lei 200; ocorreu ainda a criação e o tipo de destino dado ao Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Tudo isso revelava a nítida hegemonia da assistência médica previdenciária sobre os programas do Ministério da Saúde. Revelava também, na Previdência Social (no caso, inicialmente no INPS e depois no Inamps), a política de privilegiar os produtores de serviços de saúde particulares e suas necessidades de lucro. O panorama dominante era o de mercantilização da medicina.

Os setores 'publicistas' (defensores do setor público), reduzidos e isolados, identificavam-se pelo apoio ao convênio global em lugar da modalidade de pagamento por unidade de serviços[64].

---

[62] Encontraram-se poucos relatos sobre o Plus: a dissertação de mestrado de Ana Tereza da Silva Pereira, que a autora classifica mais como uma crônica do que como um estudo de caso; menções feitas sobre o projeto por Gentile de Mello em seus escritos e algumas entrevistas realizadas pela autora com participantes da equipe do Plus, como Luís Felipe Moreira Lima, e do Ipea, como Solon Magalhães Vianna.

[63] Jaime Oliveira, Sônia Fleury Teixeira, Carlos Gentile de Mello, José Carlos Braga, Sérgio Góes e Hésio Cordeiro, entre outros.

[64] Para mais detalhes, ver capítulo 2.

Tanto o momento da criação do Plus (1975) quanto o de seu desenvolvimento foram caracterizados por alguns aspectos da Previdência Social: a idéia de racionalização, a busca do equilíbrio financeiro, o perfil da burocracia profundamente ligada aos interesses médicos empresariais, a pequena participação do movimento sanitário na análise da Previdência Social e a transição tanto de administração quanto de direção.

> *A administração do INPS na época procurava gerir a entidade com base nos princípios de racionalidade, economicidade, desburocratização e modernização. As condições financeiras da instituição apresentavam um superávit em 1974. Foi destacada verba de cerca de 2 bilhões no orçamento para 75/76, em favor da expansão dos serviços, aí incluídos, serviços de assistência médica, postos de benefícios e agências. Aliada a esta abundância financeira, havia sido autorizada pelo Dasp a realização de concurso para médicos, com a previsão de 12.000 vagas.* (Pereira, s/d:32-33)

Assim, em uma conjuntura 'superavitária', impulsionaram-se duas diretrizes básicas: a modernização administrativa e a expansão física, por meio do instrumento preconizado, o planejamento racionalizador. Em convênio com a Seplan, dois planos foram conformados: o Plus e o Plano de Modernização Administrativa (Plama). Este último contava com mais recursos do que o Plus, mas não desenvolveu qualquer trabalho objetivo e não foi renovado pelo Ipea em 1978.

Verificada a impossibilidade de efetuar a tarefa do Plus contando unicamente com servidores previdenciários e dado os recursos financeiros de que o Plus então dispunha, ele foi a porta de entrada para um grupo "cujo denominador comum era a formação profissional na área de saúde pública, aliada ao conhecimento da ineficácia do modelo de saúde dominante no país e com o propósito de tentar influir de alguma forma na política da Previdência Social" (Pereira, s/d:42). 'Porta de entrada' tem aí um sentido amplo, pois além de contratar novos quadros, o Plus ofereceu a possibilidade de agregar em uma equipe várias pessoas com as características descritas por Pereira, que estavam espalhadas por vários órgãos da Previdência Social.

A equipe do Plus chegou a contar com cerca de trinta profissionais em nível central, além das ramificações estaduais nas superintendências regionais. Além das características já mencionadas (formação em saúde pública e visão crítica do modelo previdenciário de prestação de assistência médica), foi marcante na equipe sua composição multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, advogados, geógrafos, estatísticos, analistas de sistemas, engenheiros biomédicos e arquitetos.

Considerando as características da burocracia do INPS, pode-se dizer que o conflito com a equipe do Plus era inevitável – restava apenas saber quando ocorreria. Na verdade, enquanto o grupo se manteve como 'quisto', à parte e à margem do processo decisório, os conflitos existiam, mas eram

menores. A partir do novo convênio em 1978, quando o grupo decidiu 'penetrar a instituição' e conhecê-la a fundo, o conflito tornou-se insuperável, já que "em nível de seus agentes institucionais, a Previdência tende a manter a sensação de inviolabilidade do *status quo,* permitindo apenas alterações nos níveis mais superficiais, que visam basicamente a controlar melhor a máquina burocrática, sob a égide de modernização ou melhoria de produtividade" (Plus, 1976).

A Presidência do INPS mostrava certa disposição de não criar obstáculos à equipe do Plus, que teve também a seu favor a disponibilidade de recursos. Assim, na realidade, o enfrentamento deu-se entre a equipe do Plus e os 'anéis burocráticos', tão bem consolidados e defendendo interesses tão opostos que impediam a aplicação dos resultados do Plus. "Tudo o que Plus fazia ia parar na gaveta de um burocrata qualquer" (Moreira Lima, 1986)[65].

Outra característica da conjuntura previdenciária foi ser

> *o início, dentro do INPS, da discussão sobre a assistência médica do ponto de vista da saúde pública. Em 1974 tinham começado os convênios globais com os hospitais universitários. Foi quando a área de saúde pública e a área universitária começaram a se interessar de fato pela Previdência. Até aquela época o único sujeito que falava sobre isso e era convidado para toda parte era Gentile de Mello.* (Moreira Lima, 1986)

Desse modo, em 1976, quando se constituiu propriamente a equipe do Plus, a organização do movimento sanitário ao redor do Cebes ainda era incipiente, embora já estivesse bem desenvolvida uma nova abordagem teórica do setor saúde. O Ipea, que teve um importante papel para o Piass, não foi tão determinante para o Plus. Mesmo tendo sido gestados na mesma ocasião, os dois projetos, segundo Vianna (1986)[66]

> *não tiveram absolutamente nada a ver um com o outro em suas origens. A origem do Piass foi no Ipea e a origem do Plus foi a partir de uma iniciativa da burocracia do INPS da época, que estava preocupada com o planejamento e com a modernização. De certa forma o Plus foi impingido para o grupo de saúde (do Ipea) que depois se engajou nele, mas recebeu a iniciativa como mais uma missão da instituição a ser cumprida burocraticamente e não como uma iniciativa combinada entre os setores técnicos. O Ipea apoiou, colocou um coordenador e acompanhou o projeto, mas só depois começamos a perceber o que veio a ocorrer, que aquilo, na pior das hipóteses, estava gerando uma massa crítica de pessoas na Previdência.*

---

[65] Moreira Lima, L. F. Entrevista concedida à autora.

[66] Vianna, S. M. Idem.

Finalmente, outra característica da conjuntura previdenciária foi a transição, tanto administrativa quanto de direção. Durante a primeira fase do Plus criou-se o Inamps, que reuniu todos os serviços de assistência médica previdenciária. Em que pesem todos os discursos racionalizadores da criação do Sinpas, na verdade foi montada uma máquina gigantesca, fadada a falir em poucos anos.

> *A desvinculação da assistência médica da concessão dos demais benefícios não foi acompanhada por medidas efetivas de aporte financeiro permanecendo a contribuição dos segurados como esteio da Previdência. Além disso, não existem indícios de alteração no padrão da organização da prática médica previdenciária, de sorte que, em nenhum momento, a crise financeira decorrente da concessão de assistência médica é identificada como causada, ao menos parcialmente, pelo modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços.* (Oliveira & Teixeira, 1986:259-260)

No entanto, as conjunturas de transição caracterizam-se por criar, nas instituições, espaços que, proporcionando o aparecimento ou aprofundamento de fissuras dentro da estrutura, possibilitam alterar a correlação de forças. Se essas fissuras foram impulsionadas pela reorganização administrativa, por outro lado, as características da gestão – da condução da instituição – personificada pelo seu presidente, permitiram que as contradições existentes se enfrentassem, ao invés de serem simplesmente debeladas afastando pessoas. Tanto Gentile de Mello quanto Moreira Lima identificaram nas gestões de Reinhold Stephanes e do Almirante Gerson Coutinho momentos 'democráticos', em que o dissenso não foi proibido e era possível expressar as contradições, embora isso não tenha necessariamente significado uma alteração dos rumos da máquina previdenciária. Talvez o uso da expressão 'momento democrático' deva-se à comparação com a gestão subseqüente de Harry Graeff, cujo autoritarismo fez com que, em 1981, Gentile de Mello escrevesse, para a *Folha de S. Paulo,* a crônica "Saudades do AI-5".

O Plus originou-se e desenvolveu-se nessa conjuntura institucional, e sua análise pode considerar três etapas: a criação do Grupo de Trabalho (1975), a assinatura do convênio com o Ipea (1976-1978) e a tentativa de aprofundar o trabalho 'mergulhando' na instituição previdenciária, que entrou rapidamente em crise (1978-79).

Por iniciativa do INPS, em outubro de 1975, em uma fase de 'abundância' financeira e de relativa democratização da instituição sob a presidência de Reinhold Stephanes, constituiu-se um grupo de trabalho coordenado pela Secretaria de Planejamento do INPS encarregado de elaborar o Plus. Nos documentos iniciais, apontava-se como objetivo do plano "cobrir deficiências operacionais na assistência". Logo no início, a abrangência do Plus foi alterada, passando de um plano nacional (a ser

elaborado por meio de levantamento em 800 cidades) para um estudo das nove regiões metropolitanas do País.

Outro 'produto' da primeira etapa foi o reconhecimento da incapacidade por parte da instituição previdenciária de levar a cabo a tarefa exclusivamente com seus recursos humanos. "Devido à deficiência de técnicos de planejamento, optou-se (por solicitar) a assistência técnica do Ipea, que se daria através de um convênio entre o MPAS e a Seplan" (Pereira, s/d:34).

O convênio assinado em janeiro de 1976 deu início à segunda etapa – a única que produziu alguns resultados, mesmo que teóricos; não operacionalizados – o Plus 'propriamente dito'. Esse primeiro convênio durou até outubro de 1978, quando foi assinado outro, conhecido como Ipea/Inamps, com poucos meses de duração.

> *A perspectiva do* Ipea *era transformar o* Plus *num projeto de extensão de cobertura com ênfase na atenção primária, a ser iniciado no Nordeste, onde não haveria grandes problemas com o setor privado hospitalar*[67]*. Tal idéia contudo não foi aceita pelo INPS, (...) [cujo] interesse era aproveitar o convênio para treinar seus funcionários para que, futuramente, as atividades de planejamento de saúde pudessem ser realizadas pela própria instituição.* (Pereira, s/d:37)

A partir da assinatura do convênio com o Ipea, a equipe do Plus iniciou a elaboração de documentos teóricos. "Fizemos uma síntese doutrinária para o Plus, e o que era um plano de construção de unidades nós conseguimos transformar num plano integrado, de análise das questões de previdência social, quer dizer, em um plano mais abrangente, utilizando outros indicadores que não apenas a localização de unidades" (Moreira Lima, 1986). Concluída essa tarefa, a equipe dedicou-se ao levantamento de dados de cada estado através de nove formulários de informação e, em seguida, construiu um instrumento de programação a partir de necessidades 'normatizadas' da população, posteriormente confrontadas com a oferta existente de serviços de saúde.

A metodologia utilizada no Plus foi produto direto do curso de planejamento lecionado por Adolfo Chorny e Mário Testa no mestrado de medicina social do IMS/Uerj. Foi nesse momento, com a vinda dos profissionais argentinos, que se estabeleceu uma crítica ao método Cendes/ Opas, permitindo um avanço conceitual na programação de serviços de saúde (Buss, 1987)[68]. A elaboração do Plus, incorporando essa revisão crítica, possibilitou que a equipe "exercitasse algumas técnicas de programação mas que, não por falta de noções, e sim porque o plano estava totalmente desarticulado da realidade

---

[67] É interessante observar que essa mesma análise foi feita quando da implementação inicial do Piass (Rosas, 1981).

[68] Buss, P. M. Entrevista concedida à autora.

institucional, não chegaram nem a arranhar a estrutura da instituição" (Nunes, 1987)[69].

Esta segunda etapa, que terminou em fins de 1978, teve como produtos os planos de saúde para sete regiões metropolitanas e para todo o Estado da Paraíba. São Paulo foi a única região não estudada. As conclusões permitiam localizar as unidades de saúde a serem construídas.

Além disso, os documentos finais de análise das regiões metropolitanas, constituídos de uma síntese diagnóstica, uma formulação das necessidades básicas e um plano diretor, "entre as conclusões confirmaram a evidência de excesso de leitos hospitalares nas áreas metropolitanas objeto do estudo, a saber, Recife, Curitiba, Porto Alegre e Rio de Janeiro" (Gentile de Mello, 1983:5). Essa conclusão contrariou os interesses da iniciativa privada empresarial da saúde. Também nos planos diretores existiam propostas de descredenciar leitos privados e de realizar convênios com secretarias estaduais e municipais, a LBA, a Fundação Leão XIII e outras instituições públicas. Para os anéis burocrático-empresariais, isso traía um pensamento 'estatizante', como era alcunhada qualquer proposta que reforçasse o setor público.

Em outubro de 1978, foi assinado um novo convênio Ipea/Inamps, de maior abrangência, que visava a aprofundar o estudo desenvolvido no primeiro convênio, executá-lo e ainda abrir novas áreas de estudo na Previdência Social. Esta terceira etapa, em que a equipe previu 'mergulhar na instituição', foi simultânea à mudança da presidência do Inamps, com a entrada do Almirante Gerson Coutinho para um mandato transitório, já que em março de 1979 ocorreria a mudança do governo federal. Alterações administrativas substituíram a Secretaria de Assistência Médica por uma nova estrutura: a Secretaria de Medicina Social. A esta pertencia o Departamento de Administração Médica, cuja direção foi confiada ao Dr. Nildo Aguiar, "pessoa sabidamente favorável à expansão de serviços médicos próprios da Previdência e contrário às formas de financiamento utilizadas pela Instituição, notadamente a compra de serviços por ato médico" (Pereira, s/d:59).

Nildo Aguiar incorporou o grupo técnico do Plus à linha executiva da instituição, possibilitando que o grupo saísse de seu 'quisto' institucional. Porém isto inaugurou um novo estágio do conflito: "não se trata mais de um conflito virtual, mas sim de uma luta pelo poder interno, clara, aberta. A nova administração ao mesmo tempo que incorpora representantes do setor dito 'estatizante', mantém a linha tradicional na Secretaria de Planejamento, gerando lutas e contradições insuperáveis. Essas lutas se explicitam na definição da coordenação da gerência do convênio" (Pereira, s/d: 61-62).

[69] Nunes, N. V. P. Idem.

Extremamente ambicioso, no dizer dos próprios participantes, esse segundo convênio abriu uma série de frentes de trabalho, para as quais novos profissionais foram incorporados. Entre elas, destacam-se: treinamento e aperfeiçoamento das equipes de saúde, convênios assistenciais, sistema de informação, padronização de equipamentos de saúde, normatização programática, carreira de médico previdenciário e regionalização dos serviços de saúde. O 'grupo do Plus' gerou também uma oposição interna, na medida em que adquiria visibilidade ao participar de encontros nos estados e mesmo na VI Conferência Nacional de Saúde.

Esse segundo convênio durou apenas até abril de 1979. A entrada de Harry Graeff na presidência do Inamps – representando todos os interesses do setor privado – colocou fim ao conflito, dissolvendo o 'grupo do Plus'. Após um levantamento (e até um interrogatório gravado) das supostas irregularidades, o convênio nem chegou a ser denunciado – foi simplesmente desativado. Com isso, o Inamps obrigou-se a pagar indenização aos profissionais.

Esta terceira etapa não produziu resultados. Os produtos do Plus foram os da segunda etapa: os Planos Diretores das Regiões Metropolitanas e do Estado da Paraíba.

O Plus foi um projeto que, contando com a participação de diversos integrantes do movimento sanitário, foi por este esquecido como modelo, exemplo ou mesmo referência. A única pessoa a discutir o Plano, Ana Tereza da Silva Pereira, o faz em um tom de profunda decepção e pessimismo (Pereira, s/d:1):

> *Em determinado momento, setores mais progressistas da sociedade tomaram a posição que, com a inserção de técnicos dentro das instituições de Estado seria possível levá-las ao encontro da população. Pensavam que, à medida que conseguissem estar próximos ao poder hegemônico poderiam estar representando os interesses que supunham ser da classe dominada. (...) Este relato, circunscrito a uma instituição específica, o INPS, atual Inamps, faz a tentativa de mostrar o equívoco desta posição. (...) Este relato revela a trajetória de um grupo 'dissidente' dentro do Inamps, a absorção de seu discurso pelo discurso dominante e seu esfacelamento como grupo.*

No entanto, algumas observações permitem amenizar esse pessimismo e evidenciar a importância do Plus como projeto institucional experimentado pelo movimento sanitário. Foi o primeiro projeto em que um grupo de saúde pública atuou na assistência médica previdenciária e manteve-se como grupo, embora por pouco tempo. Mesmo que por um curto período, a equipe do Plus colocou na instituição um foco de conflito, defendendo interesses totalmente contrários aos hegemônicos. Diferenciava-se dos setores publicistas mencionados por ser uma equipe e estar concentrado no nível central do Inamps, ao contrário dos defensores do convênio MEC/MPAS, dispersos nos hospitais.

Outra característica importante da equipe do Plus foi a utilização de uma metodologia de programação na elaboração do Plano. Na época isso foi inovador, já que nas instituições de serviços não existia qualquer atividade mais sistematizada de programação e tampouco no interior da Academia, onde o planejamento ainda estava sob forte crítica, considerado como mais um instrumento de dominação dos grupos hegemônicos. A equipe do Plus – em particular os integrantes oriundos do mestrado do IMS – recuperou o instrumental de planejamento e iniciou a construção de um modelo alternativo de programação dos serviços de saúde.

Uma terceira característica do Plus o diferenciou dos outros dois grandes projetos institucionais: tratava-se de um plano para áreas urbanas, para as regiões metropolitanas, ao contrário da população-alvo do Projeto Montes Claros ou do Piass; ou seja, sua implantação seria feita em áreas de conflito deflagrado com os interesses do setor privado.

A existência do Plus destaca-se ainda mais quando se analisam aquela conjuntura institucional previdenciária e o estágio de desenvolvimento do movimento sanitário. A hegemonia dos interesses empresariais, por um lado, e o pequeno envolvimento do movimento sanitário, por outro, faziam com que os integrantes do Plus se sentissem isolados. Em seu isolamento a equipe experimentava a sensação de constituir um caso único, na medida em que a Previdência Social ainda não era objeto de reflexão coletiva dos grupos progressistas da saúde[70]. O vínculo do Plus com o movimento sanitário era basicamente com a Academia: parte da equipe vinha do IMS/Uerj, e por outro lado, a partir de 1976 o complexo previdenciário começou a ser estudado no Peses. O Plus também foi apresentado nos cursos e disciplinas de planejamento da Ensp como modelo de programação; no entanto nenhum desses vínculos foi sistemático. O Cebes estava em seus primórdios, e mesmo que dele participassem alguns integrantes do Plus, não existia a sensação de 'pertencerem a um movimento'. Daí a visão pessimista de Pereira e sua generalização do 'fracasso' da experiência, criticando toda uma estratégia de ocupação de espaços institucionais.

A 'sensação de pertencer a um movimento' ou a 'identidade do movimento sanitário' ocorre quando outras pessoas e outros grupos reconhecem em um projeto os mesmos pressupostos e imagens-objetivos similares. Para a equipe do Plus isso não ocorria, pois não se encontrava no interior da Previdência qualquer grupo com proposta semelhante. Tampouco entidades como o Cebes articularam o Plus com outros movimentos em diferentes instituições. Mesmo sem esse 'sentimento de pertencer' o movimento sanitário já se articulava, e a experiência do Plus foi uma de suas frentes. Ao se analisar o Plus, verifica-se a identidade desse projeto com o Piass e com os princípios e as diretrizes divulgados pelo Cebes.

---

[70] Ressalte-se, como exceção, além de Gentile de Mello, o trabalho de Cecilia Donnangelo (1972) com o título *Medicina e Sociedade*.

A experiência do PLUS correspondeu aos momentos de 'ascensão e queda' do movimento sanitário:

> *o aparecimento de grupos de pessoas que ocupam espaços institucionais respondendo a transformações na estrutura social mas sem fazer parte da organicidade do poder hegemônico; esses grupos ocupam vazios de poder e sendo 'contra-hegemônicos' seu crescimento tem limites. Ocupam espaços mas não se mantêm, são temporários, em pouco tempo ascendem e caem. (...) O que persiste é o modelo ideológico e não a experiência concreta transformadora. É mais a percepção do que é possível que a implementação do projeto específico. Da 'ascensão e queda' dos projetos regionais, institucionais, parciais nasce a persistência de um projeto nacional.* (Arouca, 1979)

# 8 O Projeto Montes Claros (PMC): sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas

Os outros dois projetos analisados, Montes Claros (PMC) e Piass, têm histórias que se misturam a partir de 1978. Não apenas porque Montes Claros foi incorporado ao Piass, constituindo a sua base mais desenvolvida, mas também porque, no Piass, utilizaram--se estratégias e alianças políticas já conquistadas no outro projeto. Houve um momento em que, "ao mesmo tempo em que o Programa de Montes Claros contribuía à consolidação do Piass, o Piass consolidava o Sistema Integrado (...) Nesta perspectiva o Sistema Integrado era ao mesmo tempo pressuposto do Piass como também conseqüência (...)" (Van Stralen, 1985:129-30).

A experiência iniciada em Montes Claros e estendida pelo Piass por todo o Nordeste foi um passo à frente em relação ao Plus, já que um modelo alternativo não foi apenas construído, mas vivido, transformando a proposta teórica em experiência concreta de luta política. Montes Claros foi o palco onde se enfrentaram propostas divergentes de organização dos sistemas regional e nacional de saúde.

O PMC também teve seu desenvolvimento caracterizado por três fases: a primeira, entre 1971 e 1974, denominada aqui Ippedasar e o controle de natalidade; a segunda, entre 1975 e 1977, o PMC propriamente dito; e a terceira após 1978, ano de sua incorporação ao Piass.

Em 1971, criou-se o Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (Ippedasar)[71] com o propósito de implantar no norte de Minas Gerais um programa de planejamento familiar que poderia significar um teste-piloto para um projeto continental. Para desenvolver o projeto de Montes Claros, em setembro daquele ano foi assinado um convênio entre o Governo do Estado, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane (EUA) e a Fundação Universidade Norte Mineira, tendo como órgãos executores o Ippedasar, o Centro Regional de Saúde e a Faculdade de Medicina do Norte de Minas.

> *Após um ano de intensa atividade, o Ippedasar produziu seu principal documento, intitulado 'Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas', onde a proposta era desenvolvida em detalhe. A partir de uma*

[71] Para a análise da primeira fase do Projeto Montes Claros, utilizou-se a dissertação de Sobrinho, 1984.

*concepção teórica baseada na 'teoria de sistemas', o documento apresentava um modelo de sistema de saúde onde são consideradas as questões do aumento de cobertura, da compatibilidade inter-setorial e intrasetorial, financiamento multilateral, regionalização, hierarquização de serviços, relacionamento com o sistema informal, participação da comunidade, e utilização de equipe de saúde.* (Sobrinho, 1984:80)

A Secretaria Estadual de Saúde rejeitou este estudo, principalmente por suas intenções antinatalistas. Porém, deixou claro seu interesse na captação de recursos, desde que o projeto fosse modificado. Até 1974, o Ippedasar e a SES-MG lutaram para obter e gerenciar esses recursos, principalmente após sua captação efetiva pelo convênio assinado em 1973 entre os governos brasileiro e americano (representado pela Usaid). Nessa disputa, alguns fatos favoreceram a SES: o Ippedasar foi paulatinamente desativado por falta de recursos e por estar sob suspeita de corrupção. Em dezembro de 1973, deixou de existir (Sobrinho, 1984:85).

A partir da mudança de governo federal e estadual, em 1974 estabeleceu-se a conjuntura favorável[72] para a assinatura do convênio, em 18 de março do ano seguinte. "O documento que ficou conhecido como o *green book devido* a sua capa verde propunha um empréstimo de US$ 7,6 milhões ao governo brasileiro, destinados ao financiamento de três projetos de Sistemas de Saúde em Montes Claros (MG), Patos (PB) e Caruaru (PE)". Nele, explicitavam-se os objetivos a serem atingidos com o empréstimo em cada local. O modelo de sistema de saúde a ser implantado em Minas Gerais era mais detalhado do que os demais. O que chamava atenção era que "o documento da Usaid reproduz, exatamente, a proposta desenvolvida pelo Ippedasar no que se refere à estrutura do sistema de serviços (...) Com uma diferença, agora não aparece mais a atividade de 'controle de nascimentos', criticada pela Secretaria de Saúde, ainda que permaneça a ênfase ao grupo materno-infantil" (Sobrinho, 1984:134-135).

A Secretaria de Saúde da Paraíba desistiu de implementar o projeto em Patos, e os dois outros programas, Montes Claros e Caruaru, iniciados em 1975, tornaram-se 'modelos' quase divergentes. Posteriormente, os dois programas foram incorporados ao Piass.

*A experiência de serviços regionalizados em Caruaru tenderia a desenvolver-se nos moldes tradicionais enquanto em Montes Claros foi possível o surgimento de um projeto alternativo. Em Caruaru ocorria uma prática de técnicas e métodos de planejamento desenvolvidos pela Opas e aplicadas de maneira um tanto ou quanto*

[72] o governador indicado, Aureliano Chaves, nomeou para Secretário de Saúde o Dr. Dario Tavares – que indicou para a direção do Centro Regional de Saúde de Montes Claros o Dr. Francisco de Assis Machado, proveniente da bem-sucedida experiência do Vale do Jequitinhonha.

*mecânica à realidade. Também os estados eram diversos em suas estruturas setoriais: a Secretaria de Saúde de Minas vinha já de algum tempo tentando modernizar-se e recentemente tinha sofrido uma reforma administrativa (...) Em Pernambuco observava-se que a estrutura pesada e burocratizada da Secretaria de Saúde não permitia maiores espaços para propostas inovadoras.* (Rosas, 1981: 64)

A segunda fase do PMC iniciou-se com a assinatura do convênio em março de 1975 e com a transferência de Francisco de Assis Machado, coordenador do programa do Vale do Jequitinhonha entre 1971 e 1974, para a direção do Centro Regional de Montes Claros. Essa fase constituiu o PMC propriamente dito, que se transformou em palco de luta do movimento sanitário.

Apesar das diferenças entre os dois projetos, o aprendizado e a experiência adquiridos por Francisco de Assis Machado e sua equipe foram utilizados em Montes Claros.

Segundo depoimento de Machado (1987)[73]

*A diferença básica era que a experiência do Vale do Jequitinhonha não se propunha a reorganizar serviços de saúde. Apenas no fim do programa começam a surgir algumas idéias que estão contidas na proposta de Montes Claros, como o atendimento com uma certa hierarquização, e a idéia do módulo básico. O programa de Montes Claros já é, especificamente, uma proposta de reorganização de serviços, que se propõe a desenvolver todas as ações de saúde, integrais, reunindo os elementos curativos e preventivos enquanto o programa do Vale do Jequitinhonha tinha uma carga grande do sanitarismo tradicional. A minha impressão é que o programa do Vale do Jequitinhonha é implantado para servir de demonstração das possibilidades do planejamento em saúde (...) de certa forma contribuindo também para, dentro da Secretaria, fortalecer a posição dos técnicos mais modernos que defendiam as idéias de planejamento.*

Em Montes Claros, por meio da prática cotidiana de alguns aprendizados da experiência do Vale do Jequitinhonha,

*a arrogância técnica foi substituída pela primazia da ação política: democratização das relações internas da equipe regional, uma nova perspectiva de participação comunitária, uma percepção mais realista dos limites do conhecimento técnico e em contraposição – a importância do saber popular. Mas o mais importante que se carregou para Montes Claros foi a descoberta de que as normas podem ser questionadas e reformuladas, de que não são necessariamente corretas, de que quase sempre trazem em si a cristalização de interesses particulares.* (Machado, 1987a:9)

---

[73] Machado, F. A. Entrevista concedida à autora.

A nova equipe de saúde era composta por vários profissionais, tendo, porém, "como elemento nuclear não mais o médico e sim o auxiliar de saúde. (...) A Direção Regional optou por não contratar ninguém que já tivesse muita experiência.(...) havia a preocupação de se evitar que as pessoas se integrassem aos projetos portando preconceitos, normas e concepções prontas ou acabadas, que chegassem com a 'cabeça feita' (Machado, 1987a:8-9).

> *Deliberadamente passaram a ser convidadas pessoas, na maioria jovens que, independentemente de qualquer experiência prévia com saúde pública, tivessem, fundamentalmente, um compromisso político com as classes populares, subalternas. Assim é que se formou – um núcleo forte de pessoas, com formação profissional variada.* (Sobrinho, 1984:141)

Esse novo grupo, que tinha compromissos ideológicos com o projeto, (chamado por Van Stralen (1985) 'militantes da saúde pública') por suas características – como idade, visão política, disposição para o trabalho e pouca preocupação com ganhos financeiros – entraria em conflito com os demais grupos de supervisores e burocratas, e com os tradicionais profissionais de saúde da região.

Além da 'seleção' descrita para constituir a equipe, retomou-se a experiência do Vale do Jequitinhonha de democratização das decisões, com a criação de um Conselho Técnico Administrativo que "compartilhava com a Direção as principais decisões – e da Assembléia Geral das segundas-feiras, quando todos tinham oportunidade de questionar qualquer decisão, fazer críticas e considerações a respeito de qualquer aspecto do programa e apresentar propostas que eram votadas e levadas para decisão final da Direção" (Machado, 1987a:10).

Outro aspecto importante no desenvolvimento do projeto de Montes Claros foi a participação comunitária na diretriz mais importante do modelo: "a descentralização, vista como instrumento de transferência do poder para a periferia tomando-o mais permeável à influência dos usuários" (Machado, 1987a:9). De início, essa participação comunitária foi canalizada por intermédio dos agentes de saúde, cujo treinamento

> *transformou-se numa espécie de curso para formação de agentes 'revolucionários', para mobilizar e conscientizar o povo. Esperava-se realizar, com esses agentes, verdadeiras transformações nas relações político-sociais levando o povo, através da discussão de temas ligados à saúde, a um grau de consciência e de organização suficiente para modificar suas condições de vida.* (Machado,1987a:10)

A tentativa de modificar a sociedade a partir de uma consciência sanitária[74] foi logo suplantada pela prática, onde se percebeu que a ligação da população com os agentes políticos locais (executivos e legislativos) era

---

[74] Adota-se, aqui, a definição de Giovanni Berlinguer (1978): "consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade".

muito mais forte do que com a equipe de saúde, vista como agentes organizadores externos. "Percebeu-se a necessidade de se considerar os canais políticos tradicionais para qualquer ação mais conseqüente". As forças políticas tradicionais passaram a participar do projeto por meio das reuniões de módulo básico: "algo como um seminário mensal, em nível do município, reunindo trabalhadores de saúde, lideranças políticas locais, sindicatos, usuários etc., para se discutir problemas relacionados com o funcionamento dos serviços e para se combinar providências" (Machado, 1987a:11).

Esse tipo de reunião seria reproduzido no Piass já na esfera estadual. O mais importante, a nosso ver, é que, mudando o enfoque da participação comunitária, o PMC não se retirou do cenário político, mas renunciou à pretensão de conformá-lo por inteiro, passando a relacionar-se com os demais componentes e personagens.

Desenvolvido originalmente pelos técnicos da Assessoria de Planejamento e Coordenação da SES/MG (APC), o projeto de Montes Claros foi modificado substancialmente a partir da direção de Francisco de Assis Machado e sua equipe. Entre os níveis central e regional, passaram a ocorrer conflitos entre a visão racionalizadora, tecnocrática' da APC e a visão 'política, estratégica' do PMC (Van Stralen, 1985). Sem desconsiderar a existência de embates, conflitos e antagonismos, tanto estratégicos quanto programáticos, pode-se dizer que a disputa ocorria entre as faces racionalizadora e estratégica de um mesmo movimento.

Nenhum dos dois lados (nenhuma das duas faces) tinha como imagem-objetivo a privatização do sistema ou a adoção do modelo 'sespiano' de organização dos serviços de saúde. Os dois grupos, com diferentes estratégias, visavam a extensão de cobertura para a população mais carente através do fortalecimento do setor público. Assim, pode-se supor, pelos princípios defendidos naquela ocasião e pela observação posterior dos integrantes das duas estruturas (central e regional) na defesa da Reforma Sanitária, que a contradição era criada por duas visões, duas tendências, mas de um mesmo movimento – o sanitário – com um mesmo projeto – a Reforma Sanitária.

As APCS foram criadas nas Secretarias de Estado de Minas Gerais, à semelhança dos demais estados, por determinação do Ato Institucional n. 8, de abril de 1969, que determinava reformas administrativas guiadas pela "centralização normativa e descentralização administrativa". As APCS das secretarias estavam vinculadas ao Conselho Estadual de Desenvolvimento, que no início da década de 70 coordenava o planejamento do Estado de Minas Gerais. A criação desses órgãos permitia introduzir um novo *locus* de poder que propalava um discurso racionalizador, restringindo a antiga autonomia dos departamentos. O novo discurso apontava os "vícios da estrutura anterior, clientelista, autoritária, vertical, centralizada etc.", assim como o que seriam as virtudes da nova maneira de operação da Secretaria de Saúde após o fim dos departamentos: "moderna, racional, integrada, horizontalizada em seus programas etc." (Sobrinho, 1984:119).

> *Somente em* 1975, *os técnicos da APC conseguiram deter uma posição claramente hegemônica na Secretaria e isso não se deveu apenas à reorganização administrativa que atribuiu à APC o controle do orçamento-programa como poderoso instrumento, nem ao saber competente dos seus técnicos. Importante foi também que a APC conseguiu captar recursos relativamente vultuosos através de projetos especiais num momento em que os recursos orçamentários estavam sendo severamente reduzidos.* (Sobrinho, 1984:46)

Esses projetos especiais foram o Programa de Saúde para o Vale do Jequitinhonha, em 1971, e o Programa Montes Claros, em 1975.

Na APC da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais concentraram-se técnicos formados pela Ensp em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde e que se identificavam com as propostas difundidas pelos organismos internacionais, principalmente a Opas. Esta visão racionalizadora (ou 'tecnocrática', como denominou Van Stralen) significou, em determinado momento, a modernização da Secretaria e a ruptura com os modelos tradicionais e clientelistas da administração pública. E foi, até mesmo, a visão que impulsionou a criação do PMC. No entanto, logo entraria em conflito com a direção do Centro Regional e com o andamento do projeto: o Centro Regional defendia a descentralização e a autonomia na utilização dos recursos, e a APC queria exercer um controle maior do projeto nela criado, tendo por base, seguramente, posições ideológico-partidárias diferentes.

O desenvolvimento do PMC foi sempre marcado por disputas que o tornaram desde o início um palco de luta. Primeiro enfrentaram-se as duas faces do movimento sanitário, a tendência racionalizadora *versus* a tendência estratégica; a seguir essas forças se unificaram, constituindo uma tendência 'progressista' que enfrentaria as forças conservadoras e as privatizantes.

Mas, ainda na disputa entre as duas faces do movimento sanitário, a equipe do Centro Regional decidiu refazer o diagnóstico, tendo "a maior preocupação possível com a observação sobre o modo do povo viver, sobre sua visão das coisas em geral, e, em particular, dos serviços de saúde, sobre a estrutura do poder local etc." (Machado, 1987:10).

> *O diagnóstico realizado em nível de cada município não oferecia respostas, pois a proposta de expandir e racionalizar os serviços de saúde extrapolava o conhecimento sobre a organização existente. Seria necessário ir além de uma mera descrição da estrutura dos serviços de saúde e aprender os determinantes dessa. Isso implicaria um* novo *tipo de diagnóstico dirigido ao* conhecimento das relações de poder *que atravessavam o setor de saúde e a* identificação das forças sociais e políticas favoráveis ou desfavoráveis *a uma transformação da organização existente, ou seja, um diagnóstico que partiria do pressuposto de que o sistema se inseria num processo social, em que se enfrentam vários interesses. Tomou-se consciência de que se deveria*

> *abrir mão da implementação do Sistema Integrado como um todo, tal como idealizado tecnicamente e, em vez disto, executar o que fosse viável em cada momento, ainda que de forma parcial e desarmônica (...). Quem contribuiu mais para isto, foi um dos assessores do programa, o argentino Mário Hamilton.* (Van Stralen, 1985:88) (grifos nossos)

Com o desenvolvimento do PMC, crescia a hostilidade da APC, e,

> *por volta de fevereiro de 1976, quando chega o assessor Mário Hamilton, e se torna visível que a equipe de Montes Claros é competente para elaborar uma proposta bem feita, isso passa a ser uma ameaça e uma necessidade mais imediata de intervenção da Secretaria sobre Montes Claros. Nesse momento, a equipe de Montes Claros percebeu que se não buscasse alianças externas seria desativada. Então, programa para abril, já como estratégia para ganhar esse conflito, um grande seminário de lançamento de Montes Claros, em Belo Horizonte, convidando todos os aliados possíveis.* (Machado, 1987)

Vê-se, assim, que a equipe de Montes Claros adotou uma nova visão do planejamento (o planejamento estratégico como parte integrante de um processo político), segundo a qual é importante identificar as forças que representam interesses setoriais, diferenciá-las entre favoráveis e desfavoráveis, e construir uma estratégia que busque ampliar as primeiras e restringir a ação das segundas. Para isso, a equipe convocou a I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, realizada em Belo Horizonte no início de abril de 1976, em que a proposta de organização de serviços de saúde foi apresentada a um grande conjunto de instituições em quatro documentos básicos.

A composição da aliança montada pelo PMC nessa reunião foi: funcionários de órgãos públicos, tecnoburocracia, movimento estudantil e a academia. Aos poucos, foram-se incorporando a ela 'vertentes' do movimento sanitário como o Cebes, funcionários e técnicos de prefeituras de oposição, os sindicatos médicos e os movimentos dos profissionais de saúde. O PMC pode ter sido "uma iniciativa da burocracia estatal" (Van Stralen,1985:175), mas sua manutenção e expansão foi defendida e estimulada por um conjunto de forças mais amplo: o PMC foi o exemplo que o movimento sanitário utilizou para evidenciar a exeqüibilidade das propostas transformadoras.

A partir da I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, o Projeto Montes Claros recebeu um conjunto de estímulos mas também passou a enfrentar uma oposição cada vez maior.

A articulação mais importante concretizada durante a I Reunião foi a do PMC com a vertente da Academia do movimento sanitário, em particular com o Peses. A partir daí ocorreu uma integração consciente da Academia com o projeto, tanto com o envio de assessores para a organização dos serviços,

quanto com o financiamento de pesquisas e pesquisadores pelo Peses (Arouca, 1986; 1987)[75]. A integração com a Academia ocorreu também por meio de um grande número de dissertações e teses sobre o PMC. Assim, o PMC foi objeto de investigação e de ação do movimento sanitário.

O resultado mais expressivo do projeto de investigação sobre medicina comunitária desenvolvido pelo Peses foi,

> *independentemente dos objetivos específicos dos pesquisadores, a articulação entre os vários grupos no País preocupados com a reorganização dos serviços com ênfase em atenção primária e a democratização dos serviços de saúde através da proposta de participação comunitária. (...) De outro lado, contribuiu para transformar o PMC numa* plataforma de luta *pela reorganização dos serviços de saúde. Por sua influência, o programa foi apresentado em vários congressos e seminários como* novo modelo de organização de serviços. (Van Stralen, 1985) (grifos nossos)

A integração com o movimento estudantil ocorreu principalmente através do Internato Rural da UFMG, que teve início em 1978 como parte do projeto de integração docente-assistencial. Isto possibilitou que estudantes e, posteriormente, residentes participassem do PMC, incorporando outra vertente do movimento sanitário. "A visão política da medicina comunitária fazia com que o PMC atraísse, nos anos 1975-1978, muitos profissionais recém-formados de várias áreas, tanto para o nível de supervisão como para o nível ambulatorial" (Van Stralen,1985:133). Confundem-se, então, histórias pessoais e de entidades como o Centro de Estudos de Saúde da UFMG, a Sesac e o Centro Regional de Saúde de Montes Claros.

Outra importante articulação foi estabelecida em abril de 1976 entre o PMC e os 'setores publicistas' do Imamps, que Machado (1987) identificou nas figuras de Murilo Vilella Bastos e em outros integrantes da Previdência, oriundos do Funrural, que tiveram grande importância na articulação do convênio da Previdência com o Piass/Montes Claros.

A primeira reunião do Sistema Integrado estabeleceu mais claramente tanto sua proposta de organização de serviços de saúde (descentralizada, democrática e pública) quanto suas alianças, e ao mesmo tempo passou a enfrentar resistências mais claras e fortes por parte dos setores hegemônicos na política de saúde. Essas forças desfavoráveis tiveram no INPS, posteriormente Imamps, e em suas entidades representativas, poderosos instrumentos que conseguiriam limitar a abrangência do PMC em sua operacionalização.

A medicina liberal encontrou na utilização ampliada dos auxiliares de saúde uma demonstração de como o programa era 'fechado' por não permitir o 'livre acesso' aos serviços médicos. A resistência do grupo liberal

[75] Arouca, A S. S. Entrevistas concedidas à autora.

não impediu a implantação do programa mas marcou as condições de efetivação do projeto, fazendo com que o Sistema Integrado "em vez de se tomar um sistema hierarquizado, tenha-se desdobrado, em muitos locais, quase em duas redes paralelas. Uma era formada pelas unidades auxiliares de saúde e pelas equipes de auxiliares das unidades ambulatoriais, diretamente supervisionadas pelo CRS. A outra pelos médicos..." (Van Stralen, 1985:106-107).

Outra resistência em nível local, mas traduzindo uma situação nacional, foi a que representava a visão sanitarista tradicional encastelada na Fundação Sesp. A viabilidade do modelo 'sespiano' de extensão de cobertura já tinha sofrido avaliações negativas. O Sesp, no entanto, com sua estrutura hierárquica altamente centralizada e de férrea disciplina, alardeava uma história de eficiência e competência técnica e se opunha frontalmente ao modelo político propagado pelo PMC. Mesmo tendo sofrido algumas derrotas, essa corrente de pensamento foi uma força importante, no interior do Ministério, na condução da política de saúde, até o final dessa conjuntura.

Traduzindo essa concepção nacional em nível local, a diretoria regional da FSESP recusou-se a participar do Sistema Integrado, impossibilitando a extensão do programa no seu conjunto de unidades numericamente importantes no Norte de Minas – quatro unidades mistas, com um total de 124 leitos, e seis unidades ambulatoriais (Van Stralen, 1985:109). Com a recusa da FSESP, a direção do CRS teve de recorrer a hospitais privados conveniados com o Funrural para efetivar em uma área programática os vários níveis do Sistema Integrado. No entanto, a experiência do hospital de Porterinha fracassou, reduzindo o Sistema Integrado a uma rede de unidades auxiliares e de unidades ambulatoriais até 1980, quando incorporou-se a ele um hospital regional.

Como já se apontou, houve resistência também das burocracias local e central da SES. A local apegava-se à maneira tradicional – "como sempre foram feitas as coisas aqui" – para frear o avanço de qualquer proposta inovadora. Já a central apresentava resistência tanto dos setores tradicionais, clientelistas, quanto dos setores modernizantes que não desejavam perder o controle (e os ganhos políticos) do projeto Montes Claros.

Mesmo tendo de enfrentar os escalões tecnoburocráticos da SES, a equipe de Montes Claros estabeleceu contatos com a Secretaria Técnica do Piass (ST/Piass) e foi, até mesmo, convidada a fazer uma apresentação do projeto.

> *Em janeiro de 1977 fomos chamados pela ST/Piass para fazer uma apresentação juntamente com Caruaru. Nesse momento, a equipe de Montes Claros pleiteia perante a Secretaria de Saúde e perante o próprio Secretário a incorporação do PMC ao Piass. Inclusive, solicita ao Secretário que assine o convênio com urgência para que Montes Claros pudesse dispor do saldo dos recursos previstos para 76 e iniciar ações*

*de saneamento. (...) Aí somou-se o interesse do Secretário de Saúde que tinha planos de se candidatar a deputado federal, com uma base eleitoral no norte de Minas. (...) Assim, esse convênio é acelerado e, em abril de 1977, é assinado um termo de ajuste, e Montes Claros passa a ser incorporado ao Piass.* (Machado, 1987)

As forças desfavoráveis ao PMC conseguiram alterar o projeto, mas foram os interesses privados, entrelaçados à burocracia previdenciária, que conseguiram 'desintegrar' o Sistema Integrado (Van Stralen, 1985:112-120). Quando o PMC começou, a Previdência Social era responsável pela manutenção da maior parte da assistência médica na região, principalmente por meio do Funrural. E se o PMC tinha a construção das unidades auxiliares e a capacitação de pessoal auxiliar garantidas pelos recursos da Usaid, desde o início se sabia da importância da participação da Previdência Social, o grande agente financiador do setor saúde, para manter o programa.

Como já se viu aqui, dentro do MPAS existiam forças favoráveis ao reforço do setor público ('publicistas'), mas a hegemonia na direção da política previdenciária pertencia ao setor empresarial como um todo (representado pela Federação Brasileira de Hospitais e pela Abramge), entrelaçado a segmentos do aparelho burocrático. Estes setores hegemônicos resistiam não apenas ao projeto em si, no que tinha de específico, mas também porque significava repasses de recursos ao setor público. Os convênios da Previdência com o setor público eram condenados pelo setor privado com o discurso de que viriam a acarretar "entre outros, os seguintes efeitos nocivos: má utilização de recursos, retrocesso do sistema estatístico, influência político-eleitoral e pulverização de recursos" (Van Stralen, 1985:115). Na verdade, em sua ânsia de lucro, o setor privado não queria renunciar a qualquer parcela, por menor que fosse, dos recursos previdenciários.

Esse conjunto de interesses privados não apenas inviabilizou a integração operacional com o Funrural como retardou ao máximo o início da participação financeira da Previdência no Piass. O Decreto Presidencial que criou o Piass entreabriu uma porta para canalizar recursos da Previdência Social para programas de extensão de cobertura. Porém, os interesses privatizantes lutaram para torná-lo 'letra morta': o INPS recusava-se a contribuir para o Piass, e o Funrural a se integrar ao PMC, alegando ser inconstitucional participar de programas dirigidos para a população não-previdenciária.

A porta só foi aberta por uma articulação política de grande peso e mobilização, que fez com que, em fevereiro de 1978, o Inamps assinasse o primeiro convênio com o Piass, com previsão de transferência de recursos da Previdência para o Sistema Integrado do Norte de Minas. Como se verá mais adiante, os interesses privatizantes continuariam resistindo. Essas oposições (a corporação médica, o setor tradicional da saúde pública por

intermédio da FSESP, o setor médico-empresarial sustentado pela Previdência Social) tiveram grande impacto:

> *Não apenas redefiniram o Sistema Integrado, reduzindo-o a um sistema de atenção primária, criado paralelamente aos serviços de saúde já existentes e concentrados na atenção médico-hospitalar, e frustrando os esforços racionalizadores da tecnocracia. Transformaram, também, durante alguns anos, o Sistema Integrado num dos campos de batalha mais importante entre setores que vinham defendendo a estatização dos serviços de saúde e os que procuravam assegurar interesses privados.* (Van Stralen,1985:121)

A partir de outubro de 1977, abriu-se a terceira fase do PMC com a saída do diretor do CRS para coordenar a Secretaria Técnica do PIASS. Adotou-se, no PIASS, uma estratégia semelhante à do PMC. Esta etapa caracterizou-se pelo 'reenquadramento' do CRS pela SES/MG e de "encerramento da liberdade para criar" (Sobrinho, 1984:148).

> *A falta de institucionalização da autonomia do CRS (que havia sido conseguida pelo poder de barganha do então diretor) teve como conseqüência que, uma vez implantada a infra-estrutura humana e material, foi relativamente fácil mudar as regras do jogo (...) Com a substituição do diretor ocorreram tentativas claras por parte do nível central da SES para recuperar o poder perdido, algumas vezes até por meio de intervenções diretas (...) Porém, o CRS conseguiu recuperar uma parte do poder perdido através de articulações com políticos locais e regionais, cuja influência lentamente começou a crescer no processo de 'abertura política'.* (Van Stralen, 1985:86)

Mesmo assim, o papel desempenhado pelo PMC não diminuiu, e a prova disso é que ao ser incorporado pelo PIASS ele se tornou o seu 'pólo avançado'. A partir de 1978, o PIASS substituiu a USAID como maior fonte financiadora do projeto, e os dois programas integraram-se também financeiramente.

Toda a experiência da luta política e da operacionalização do modelo vivida no PMC foi incorporada ao PIASS. A mesma pessoa conduziu os dois programas em fases subseqüentes, mas semelhantes de desenvolvimento. "Apesar de não ter tido uma influência direta no surgimento do PIASS, o PMC já trazia, antes mesmo que o PIASS fosse aprovado, quase todo o conjunto de idéias que iriam mais adiante se conjugar e formar o 'modelo PIASS'" (Rosas,1981:65).

Antes do PIASS, o Projeto de Montes Claros foi uma das primeiras possibilidades regionais de aplicação de certas diretrizes de organização e distribuição dos serviços de saúde. Mesmo com os embates que foi travando, demonstrou a exeqüibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade de se articular politicamente para garantir a sua manutenção. A estratégia de buscar apoio externo para resistir às pressões do nível central

da Secretaria de Saúde deu visibilidade ao PMC, possibilitando que em torno dele se articulassem vertentes do movimento sanitário como a academia e o movimento estudantil.

> *A [vertente da] academia [do movimento sanitário] tem a necessidade de um projeto que funcione como modelo de demonstração e esse projeto de demonstração tem a necessidade de gerar conhecimentos. O modelo de demonstração passa a ter um papel ideológico cuja duração é maior do que a duração real do projeto, já que ao redor dele articula-se uma frente ideológica. O projeto passa a ser uma imagem a ser difundida e defendida.* (Arouca, 1987)

Quando o papel ideológico de um projeto vai além de seu papel concreto, torna-se bandeira de luta, como foi o PMC contra os interesses privatizantes do setor. Montes Claros passou, assim, a ser uma experiência do movimento sanitário. Durante essa experiência, o planejamento transformou-se, na prática, de racionalizador em estratégico. Mesmo que isso não tenha ocorrido por elaboração teórica, quando o PMC incorporou o político (as forças políticas, os laços políticos, a estratégia política) ao seu modelo de intervenção, na prática foi exercitado o 'planejamento estratégico'. As estratégias de buscar adesão externa para garantir a sobrevivência do projeto, de tentar conquistar legitimidade junto à população, causando impacto com a construção rápida de unidades, e de mobilizar as forças políticas como mecanismo de pressão para obter os recursos previdenciários integraram essa nova concepção de planejamento.

Por intermédio do PMC, o movimento sanitário também vivenciou a experiência da diretriz de participação comunitária. Essa idéia-força – *sine qua non* do ideário do movimento sanitário – teve em Montes Claros algumas interpretações particulares que envolveram desde a pressão pela descentralização administrativa, a criação de mecanismos colegiados representativos das equipes de saúde para deliberações relativas ao projeto, o treinamento dos agentes de saúde como "agentes formadores de consciência transformadora", até a articulação com as forças políticas locais (prefeitos e vereadores).

O Projeto Montes Claros foi um palco de luta entre propostas divergentes de organização dos serviços de saúde, uma bandeira de luta do movimento sanitário na defesa de uma transformação do setor e representou uma experiência acumulada na luta do movimento sanitário pela conquista da direção política do setor saúde.

# 9 O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass)

Do conjunto de medidas da intervenção estatal no campo médico-sanitário entre 1974 e 1978, destacou-se a criação de dois programas para ampliar a oferta de serviços e ações médico-sanitárias, ou no campo da saúde pública. Ambos surgiram no Ipea, mais precisamente da equipe do setor saúde coordenada pelo Dr. Eduardo Kertesz, e foram "posteriormente incorporados na linha de atuação do Ministério da Saúde, o que foi feito-nos dois casos – nem sempre com a boa vontade de algumas de suas instâncias decisórias e executivas" (Braga & Paula, 1981:202).

O II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), que teve sua elaboração concluída pela equipe do Ipea em julho de 1975, só foi submetido ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) em fevereiro de 1976. Era um programa inovador (Silva, 1984; Braga & Paula, 1981), de impacto (Van Stralen, 1985), na medida em que preconizava uma alteração substantiva do formato vigente da intervenção governamental:

> *apresenta-se mais como um pequeno programa de Política Agrícola e Abastecimento do que como um programa tradicional no campo da Nutrição. O próprio enfoque abrangente da questão da desnutrição adotado pelo Pronan direciona as suas ações para a questão da produção e comercialização de alimentos a partir do apoio e financiamento ao pequeno agricultor; à margem das ações do próprio Ministério da Agricultura.* (Silva, 1984:106)

Ao estabelecer um conflito com as demais políticas governamentais, o Pronan teve seu perfil modificado, e ao final do governo Geisel pouco restava do seu ambicioso projeto inicial. Não nos detemos na análise do Pronan, já que o objetivo, aqui, é estudar as propostas de transformação do Sistema Nacional de Saúde a partir da reorganização dos serviços de saúde, principalmente as abraçadas pelo movimento sanitário na sua luta política pela direção do setor. No entanto, destacamos o II Pronan porque, na origem e no desenvolvimento inicial do Piass, existem muitas características comuns a ambos, a começar pela elaboração, como já mencionado, realizada pela mesma equipe. Os dois programas tinham outro ponto comum, como ressaltam Braga & Paula (1981:202-203): "precisam de grande volume de recursos para a sua implementação o que os afasta da já habitual exigüidade financeira dos programas do Ministério da Saúde".

Além disso, os dois terão "impacto político maior do que sua importância efetiva – medida em termos dos benefícios trazidos à população como um todo".

Após a elaboração do Pronan, a equipe do setor saúde do Ipea recebeu a incumbência de "elaborar um programa-impacto para a área. (...) A Secretaria Geral do Ministério da Saúde [ocupada pelo Dr. José Carlos Seixas] estava empenhada, desde a V Conferência Nacional de Saúde, na interiorização das ações de saúde, não mais através de uma política de atrair médicos para o interior, mas através de programas de extensão segundo as propostas da Opas" (Van Stralen, 1985:64).

> *Dos contatos e discussões entre o Secretário Geral do MS, José Carlos Seixas, com elementos da Seplan, inicialmente com o assessor do Ministro Reis Velloso, Vinícius da Fonseca [posteriormente indicado para a Presidência da Fiocruz/MS] e mais adiante com o coordenador do grupo de saúde do Ipea, Eduardo de Mello Kertesz e outros técnicos de ambas as instituições, esboçou-se uma proposta de um programa de interiorização de ações de saúde e saneamento.* (Rosas, 1981:68)

Algumas características do Piass delinearam-se desde a sua origem: ser um programa de impacto, visível para a população e um instrumento de legitimação do regime; ser tecnocrático, na medida em que a sua elaboração, (apesar de ter incorporado uma série de propostas racionalizadoras que o movimento sanitário encampou como bandeiras de luta), esteve restrita a um conjunto de técnicos 'iluminados' e ser um programa de interiorização das ações e não dos médicos.

A característica básica do Piass foi unir a abordagem médico-social ao pensamento sanitarista desenvolvimentista. O grupo do Ipea, inclusive com a assessoria direta de Mário Magalhães, recuperou – ou tentou fazê-lo – as propostas da III CNS abortadas pelo golpe militar[76].

---

[76] Ver nota 3 do capítulo 2. Nessas propostas, o que se evidenciou basicamente foi a introdução, na análise setorial, de variáveis sociais e econômicas como distribuição de renda, participação popular e descentralização. Esse pensamento foi defendido por uma vertente, denominada por Luz (1979) "vertente sanitarista desenvolvimentista", que, entre 1963 e 1964, "parece tornar-se aquela dominante no debate sobre as políticas estatais em Saúde" (Silva, 1984:64). Essa vertente conseguiu formular na III CNS "definições básicas sobre como deveriam ser os Planos de Saúde, tendo por base uma filosofia de ação calcada na: demonstração das íntimas relações entre saúde e economia; necessidade da existência de uma estrutura permanente de Saúde; definição de que essa estrutura deveria ser de responsabilidade municipal embora com assistência técnica e mesmo financeira das outras esferas de governo; visão de que essa estrutura não deveria ser superdimensionada mas adequada às possibilidades e necessidades de saúde em cada município, recomendando, para tanto, a ampla utilização de pessoal em nível auxiliar; definição de que as unidades locais de saúde teriam como principais funções: primeiros socorros, vigilância epidemiológica, fiscalização de alimentos, imunizações, atividades estas que não necessitam da figura do médico" (Luz, 1979).

Essas diretrizes de Mário Magalhães, que se coadunam com as defendidas por Gentile de Mello, também assessor do setor saúde do IPEA, nortearam a proposta Piass. "Foram retomadas as propostas do projeto sanitarista desenvolvimentista, porém não tendo como horizonte um projeto nacional-desenvolvimentista, mas sim tendo como objetivo curar as feridas abertas pelo desenvolvimento econômico excludente" (Van Stralen, 1985:170).

Assim, as 'velhas' diretrizes foram incorporadas à nova conjuntura sob um regime autoritário-burocrático em uma fase de 'abertura' em que essa 'doutrina' se encontra com a teoria de sistemas e com as técnicas de racionalização de recursos. Sob uma ótica 'globalizante', a teoria de sistemas pretendia racionalizar os recursos e, principalmente, harmonizar as atividades realizadas pelo conjunto de instituições de Saúde. Na visão sistêmica, é possível superar contradições e obstáculos político-administrativos em grupos pluriinstitucionais através de mecanismos adequados de coordenação.

Para caracterizar a origem e o desenvolvimento do PIASS, tomamos as fases apontadas por Rosas (1981), parcialmente modificadas:

1ª) fins de 1975 até dezembro de 1977: desde a origem da proposta até o final da gestão do Dr. Nelson Rodrigues dos Santos na Secretaria Técnica do PIASS (ST/PIASS).

2ª) janeiro de 1978 a março de 1979: fase de desenvolvimento que chamamos "expansão do PIASS segundo a estratégia do Projeto Montes Claros". A Secretaria Técnica estava sob a coordenação do Dr. Francisco de Assis Machado.

3ª) março a outubro de 1979: fase de paralisação, devido a incertezas institucionais do Ministério da Saúde durante a curta gestão do Ministro Mário Augusto de Castro Lima. Nessa fase foi elaborada a proposta de expansão nacional do PIASS.

4ª) novembro de 1979 a 1981: inaugurada com a mudança ministerial e o início da gestão Arcoverde; em seguida, a aprovação da expansão nacional, a perspectiva de incorporação ao PREVSAÚDE, o fracasso deste e a institucionalização do PIASS na estrutura do Ministério por meio do Programa Nacional de Serviços Básicos.

As duas primeiras fases serão examinadas aqui de maneira mais detalhada, na medida em que integram o nosso período de análise, sem deixar de apontar a evolução do Programa.

Na primeira fase, antes mesmo do Decreto Presidencial que criou o PIASS, estabeleceu-se um conflito que perdurou durante toda a conjuntura: o 'modelo PIASS' *versus* o 'modelo Fundação SESP'. Do consenso inicial estabelecido entre o IPEA e a Secretaria Geral do MS criou-se um grupo de trabalho.

> *De fins de 1975 a julho de 1976, o GT trabalha, procurando estruturar a proposta do programa e seu modelo. São discutidas e analisadas as experiências anteriores como a FSESP, as propostas de municipalização*

*dos serviços de saúde da III Conferência Nacional de Saúde, os 'minipostos' da EMATER no Nordeste (...) e, de forma indireta, os programas de Caruaru (PE) e Montes Claros (MG). São trazidos a Brasília, como consultores, sanitaristas de experiência, como Carlos Gentile de Mello e Mário Magalhães. (...) concepções diferentes se chocavam na medida que a tendência dos técnicos do MS era valorizar a experiência da FSESP ou as técnicas de planejamento da OPAS, enquanto o IPEA defendia a proposta de um programa mais modesto com a idéia central da 'municipalização dos serviços de saúde'.* (Rosas, 1981:69)

A Secretaria Geral do Ministério da Saúde, tendo uma visão racionalizadora da saúde pública que rompia parcialmente com a visão tradicional representada pela Fundação SESP, procurou ser o fiel da balança entre essa visão conservadora, política e tecnicamente hegemônica no interior do Ministério, e uma visão mais progressista ou mais abrangente, que recuperava não só a análise do SNS feita na III CNS, mas também a sua diretriz: a municipalização. No final deste período, essa visão tradicional ainda daria demonstrações de força.

O modelo defendido pelo grupo do IPEA e pela Secretaria Geral do MS não diferia do modelo preconizado por organismos internacionais para programas de medicina comunitária e de extensão de cobertura. Assim, reatualizando a 'doutrina' do sanitarismo desenvolvimentista (em uma determinada conjuntura político-econômica) e adotando o modelo preconizado por organismos internacionais[77], foram elaborados os primeiros documentos do PIASS conformando conceitual e metodologicamente um modelo de programa de extensão de cobertura: o 'modelo PIASS'.

---

[77] Com as eleições municipais de 1976, abriram-se espaços privilegiados de trabalho. A vitória de candidatos do MDB em alguns municípios importantes possibilitou a constituição de equipes nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que desenvolveram projetos alternativos em um espaço concreto, em um nível de poder real. Embora fugindo ao âmbito deste trabalho, não poderíamos deixar de registrar os projetos desenvolvidos em Londrina, Campinas e Niterói como parte da experiência acumulada do movimento sanitário. Esses projetos tiveram por modelo do seu desenvolvimento a extensão de cobertura através dos serviços básicos ('atenção primária'), difundida pelos organismos internacionais. Esse modelo foi enfatizado tanto na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, em setembro de 1977, como nas V e VI Conferências Nacionais de Saúde.

A renovação dos dirigentes municipais e o apoio nacional e internacional dos discursos oficiais promoveram o desenvolvimento dessas experiências. O movimento sanitário passou a ter outro espaço de atuação e assumiu a municipalização como um dos seus princípios. Em 1977, o Programa de Atenção à Saúde já estava consolidado em Londrina (ver Almeida, 1979); em Campinas iniciou-se em duas áreas um projeto-piloto que em menos de dois anos atingiria uma rede de 25 postos (ver Moraes, 1978); em Niterói iniciou-se nesse ano o projeto de implantação de uma rede de unidades municipais de Saúde voltadas "para a execução de ações simples de Saúde, operada basicamente por pessoal auxiliar e médico generalista com responsabilidade de desenvolver atividades de medicina comunitária integrada e simplificada. Em junho de 1979 funcionavam 5 unidades com previsão de funcionamento de mais 7... " (ver Poz, 1980).

Desde o início estavam presentes as seguintes idéias: priorizar a Região Nordeste e dentro dela pequenas vilas e povoados rurais; estabelecer uma rede de serviços de saúde e de saneamento simplificados (minipostos), principalmente utilizando e adaptando os imóveis já existentes; utilizar amplamente mão-de-obra auxiliar selecionada e recrutada em nível local; reforçar a municipalização; utilizar recursos da Previdência Social (então INPS) no custeio do programa; articular programática e financeiramente o Piass com o Funrural; e estabelecer instâncias interinstitucionais de coordenação por níveis.

A razão de o programa ter sido desenvolvido prioritariamente na Região Nordeste e em áreas rurais poderia ser atribuída ao discurso oficial que buscava unir na qualidade de vida os dois Brasis, ou 'a Bélgica à Índia'. Mas essa priorização se justificava por o Nordeste ser uma área de grande importância política; não só "pela dimensão da população nordestina e pelo número de estados da Região – oito, mas também pelo tradicional apoio conseguido pelo Governo Federal no Nordeste, sendo este um de seus maiores redutos eleitorais" (Van Stralen, 1985:65).

Acredita-se, porém, que a prioridade estabelecida pelo Piass constituiu uma estratégia viabilizadora do programa em uma conjuntura extremamente desfavorável. Como apontou Rosas (1981:99):

> *Além da justificativa de* o *Nordeste ser uma Região carente, pesou na escolha a questão de que um Programa do tipo do Piass, para ser viabilizado na conjuntura em que foi lançado, Tinha que delimitar-se a áreas e populações fora dos interesses privados do setor saúde. Não se tinha forças naquele momento para um confronto mais forte com os setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social. Então, a opção foi 'ocupar' o que se chamou de 'espaços vazios' ou 'áreas não consagradas', seja por disputas diretamente com o setor privado, seja*

---

Em maio de 1978, esse núcleo – Niterói, Campinas e Londrina – promoveu o I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste, em Campinas, procurando conquistar força política difundindo suas propostas para outros municípios. Estiveram presentes 60 municípios de 16 Estados – ultrapassando, portanto, a abrangência da Região Sudeste – cujos representantes reafirmaram a exigência de priorização municipal para a atenção primária através de Postos de Saúde; priorização pelo FAS dos pedidos dos municípios; substituição da modalidade de pagamento conhecida como 'unidade de serviço'; descentralização tributária; aumento da dotação orçamentária das prefeituras para a Saúde; integração interinstitucional. As conclusões indicavam também que a manutenção de uma rede hospitalar pelo município deveria ser uma exceção provocada pela omissão dos demais níveis ou por excelentes condições financeiras. Nesse I Encontro aprovou-se uma moção de apoio "às opiniões expressas pelo Ministro da Saúde de repassar verbas diretamente aos municípios, na expectativa de que essa transferência seja urgentemente concretizada, e que o próprio Ministério passe a encarar os esforços financeiros e técnicos das Secretarias de Saúde Municipais como essenciais para a implantação efetiva do Sistema Nacional de Saúde" (*Saúde em Debate,* abr./mai./jun.1978).

*mesmo por choques mais intensos de interesses com setores e instituições públicas (por exemplo, a Previdência Social).*

Essa estratégia de evitar as áreas ditas conflagradas ou de conflito com o pensamento hegemônico no setor – a corrente médico-assistencial privatizante – foi o que permitiu a criação e a implementação do Piass.

Das idéias iniciais "de uma rede de minipostos e ações de saneamento 'municipalizando-se' o mais possível os serviços, com o decorrer das discussões chegou-se à conclusão que seria muito difícil sustentar e manter em funcionamento essa rede sem apoio e articulação com outros níveis mais complexos" (Rosas, 1981:99-100). Ao ser criado pelo Decreto Presidencial n. 78.307 de 24 de agosto de 1976, o Piass já tinha como característica ser um programa regional, com base em uma coordenação estadual, passando ao segundo plano, ou para um segundo momento, o propósito primeiro de 'municipalização'.

O componente saneamento tinha bastante ênfase na concepção original do Piass. Porém, devido aos altos custos e à falta de articulação interinstitucional nesse campo, essas ações passaram a um plano secundário na segunda fase de seu desenvolvimento, quando se adotou a estratégia 'testada' em Montes Claros. Devido à mesma opção estratégica, ao invés de se adaptarem os imóveis existentes, desenvolveu-se a construção de unidades, a 'rede Piass'.

A utilização ampla de pessoal de nível auxiliar recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas visava a diminuir os custos do programa e estabelecer uma ponte de nível técnico entre a população atendida e a unidade de saúde, facilitando o que era chamado de 'uma ampla participação comunitária'. Isso não entrava em choque com os políticos locais tradicionais, pois, de certa forma, criava um campo de ação para o clientelismo local. A rede de minipostos e a utilização de" pessoal auxiliar constituíam, assim, a 'tecnologia apropriada' para a interiorização das ações de saúde.

A idéia de articulação financeira e programática com a Previdência Social, presente desde o início, era de particular importância. Ao ser legislado incluindo a participação da Previdência Social, o Piass foi a grande oportunidade para a implantação e manutenção dos programas de extensão de cobertura na área médico-sanitária. Essa participação foi fundamental para que as propostas se viabilizassem, na medida em que a Previdência Social era a grande instituição concentradora dos recursos do setor. Ao mesmo tempo foi também o início do controle que a Previdência Social veio a exercer na área médico-sanitária, com a qual até então não se havia preocupado, e portanto não havia 'colonizado' com o pensamento assistencial privatizante.

A idéia de que a participação da Previdência Social em programas de extensão de cobertura poderia significar aumento da abrangência do controle e da hegemonia do modelo assistencial privatizante não foi percebida pelos 'anéis' burocrático-empresariais, que sempre lutaram para que nenhum quinhão fosse canalizado para o setor público. Dessa forma, "os depoimentos

(Kertesz, Vianna, Seixas *in* Rosas, 1981:71) são unânimes em afirmar que as primeiras versões do Programa definiam e amarravam muito claramente as responsabilidades do INPS no custeio do mesmo. No entanto, as pressões por parte da Previdência Social foram tais que o projeto foi modificado substancialmente nesse sentido".

Observamos, assim, que desde o início o 'modelo Piass' entrou em conflito com dois pensamentos dominantes no setor. No âmbito da atenção médico-sanitária, conflito com a FSESP quanto ao modelo a ser adotado; no âmbito do financiamento do projeto, conflito do MS e do Ipea *versus a* Previdência Social.

Das características iniciais do modelo Piass, ressalta-se ainda a proposta de criação de instâncias interinstitucionais de articulação em três níveis. No central, o Grupo Executivo Interministerial (Gein), um grupo de coordenação e avaliação da execução do Programa composto por representantes dos quatro Ministérios participantes (MS, MPAS, Minter e Seplan), coordenado pelo Ministério da Saúde. Para o desempenho de suas funções, o Gein contava com apoio técnico e administrativo de uma Secretaria Técnica (ST/Gein) subordinada administrativamente à Secretaria Geral do MS. No nível estadual criou-se o Grupo de Coordenação Estadual (GCE), composto de representantes das diferentes entidades públicas com atuação regional, coordenado pelo Secretário Estadual de Saúde e contando com o apoio de uma equipe técnica (ET) multidisciplinar. No nível regional, foram previstos Grupos Administrativos Locais (GAL) nas Diretorias Regionais e nos municípios, mas nunca chegaram a ser criados.

Essas instâncias, que viriam a se repetir com outros nomes até a implementação das AIS (1983/84), evidenciavam – pelo menos na proposta – o caráter interinstitucional do programa, buscando superar, em nível local, a dispersão de atribuições governamentais que no nível federal são difíceis de serem harmonizadas, mas cujo conjunto de ações conforma o panorama de saúde das populações. A efetiva coordenação do Programa coube à Secretaria Geral do Ministério da Saúde. "Nessa primeira fase, apesar de ser desde o início um programa interministerial, não houve nenhuma participação dos Ministérios do Interior e da Previdência Social" (Rosas, 1981:75).

No final do primeiro semestre de 1976, uma exposição de motivos encaminhada ao Presidente da República pelos ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior e da Secretaria de Planejamento solicitou a aprovação do projeto que criava o Piass no Nordeste. Em agosto, por Decreto Presidencial, foi "aprovado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste, para o período 1976/1979, com a finalidade de implantar estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20.000 habitantes e de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da Região" (Brasil, 1976).

Desde o início a atuação do Piass abrangeu mais do que a Região Nordeste, estendendo-se pelo 'Polígono das Secas', que incluía, além dos oito estados do Nordeste, o norte de Minas e o Maranhão.

Assumindo sua função de coordenador do programa, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial 374 de outubro de 1976, deu contornos mais nítidos ao Piass ao normatizar as funções, a organização e o funcionamento do Gein, além de sediá-lo no Ministério da Saúde em Brasília e de criar a ST/Gein. Esta assumiu quase todas as tarefas e responsabilidades definidas para o Gein. Estando tão vinculado à Secretaria Geral do Ministério, desde o início, o Piass significou, mais do que propriamente um programa interinstitucional, um braço programático que se valia do caráter interministerial para conseguir recursos financeiros.

Somente a partir da Portaria MS/374 e com a indicação do primeiro coordenador, Nelson Rodrigues dos Santos, o programa começou a funcionar. Em dezembro desse mesmo ano, em Brasília, realizou-se no MS um encontro entre as secretarias de saúde do Nordeste para a apresentação do programa, com a participação da FSESP e do Gein.

Durante o ano de 1977, a ST/Gein desenvolveu as atividades que visavam a consolidar as pré-condições para implantação do Piass: a assinatura de convênios e a constituição das equipes técnicas (ET/Piass) que, com apoio da ST/Gein, seriam responsáveis pela elaboração de projetos estaduais a serem analisados e aprovados pela ST/Gein e posteriormente encaminhados à Seplan para liberação de recursos. Os recursos orçamentários do MS para 1977, repassados às nove SES, visavam a constituir as ETs/Piass.

Entre janeiro e setembro constituíram-se todas as ETs, exceto no Estado do Maranhão, e foi definida a constituição dos Grupos de Coordenação Estadual (GCE). Porém, dos recursos PIN alocados para 1977 só foram liberados aproximadamente 45%; desses, gastaram-se apenas 18%. A análise feita por Rosas (1981) para esse baixo desempenho sugere a imagem do círculo vicioso em que não se sabe o que surge primeiro: de um lado, a lentidão das SES em constituir suas ETs e a morosidade destas em elaborar os projetos estaduais; de outro lado, o fato de que as SES só receberam os recursos PIN no segundo semestre, impossibilitando sua aplicação total destinada à constituição de ETs que deveriam elaborar projetos para que os recursos fossem liberados... e eis o círculo vicioso.

Por outro lado, no âmbito interno do MS, ou melhor, no nível central, a ST/Gein, através de reuniões com vários setores do MS, assim como outras reuniões de caráter inter-setorial, foi elaborando e discutindo documentos que "caracterizavam a preocupação com a definição em nível central de normas e padrões que permitiriam compor o modelo Piass' (ST/Gein/Piass, 1980 apud Rosas, 1981:177).

Quanto mais definido o modelo, mais claramente os interesses se antagonizavam e evidenciavam-se tendências opostas quanto à condução

do Piass dentro da ST e dentro do Gein. Mais uma vez, de um lado a visão 'sespiana' – que concebia o Piass como um programa vertical e centralizado, com normas rígidas e válidas para todo o País; do outro lado, a tendência que "via o Piass como um processo e não uma proposta acabada, e propunha, conseqüentemente, uma condução mais flexível, que possibilitasse e, mesmo incentivasse, a adequação do Programa às realidades estaduais e regionais". Segundo Rosas (1981:111), esta última tendência era apoiada e defendida por grande parte das SES.

Apesar de o Secretário-Geral, à época, evidenciar apenas as polarizações técnicas (Seixas apud Rosas, 1981:111), essa disputa era, na verdade, uma luta política pela hegemonia da condução do setor médico-sanitário, e levou a Secretaria Técnica do Programa a um impasse.

> *Foi um momento de crise violentíssima para o Piass. Um momento de impasse do programa. Na última reunião do Gein da qual ainda participa Nelson Rodrigues dos Santos, Eduardo Kertesz juntamente com Otávio Clementino de Albuquerque que era representante do Minter, colocam a posição de que não dava mais para caminhar com José Carlos Seixas, Secretário-Geral do Ministério da Saúde e que representava a proposta da Fundação Sesp.* (Machado, 1987)

A visão 'sespiana' tinha conseguido como aliado o próprio Ministro da Saúde, além de outros setores, como a Sucam e a Secretaria Nacional de Saúde. Gentile de Mello, preocupado, escreveu para a *Folha de S. Paulo:* "O Piass e o Pronan deixaram de merecer prioridade. E os órgãos responsáveis pela sua execução estão sendo sistematicamente esvaziados e desprestigiados" (apud Rosas, 1981:112). Nessa luta pela direção do Piass, o coordenador da ST foi afastado e o suplente do Secretário Geral do MS no Gein, demitido.

Em outubro de 1977, Nelson Rodrigues dos Santos, então ex-coordenador da ST/Gein, apresentava no XIX Congresso Brasileiro de Higiene, no Anhembi, em São Paulo, o trabalho *Aspectos da Organização e Implantação do Piass* (apud Braga & Paula, 1981:206), analisando as dificuldades vividas pelo Piass:

> *resistências, quase sempre* subliminares mas eficazes, *que geram a morosidade técnico-burocrática e distorções nas articulações intra e interinstitucionais, responsáveis pelo bloqueio e fracasso de várias iniciativas e programas de alto interesse do País. As tentativas de superação destas resistências esbarram freqüentemente na sonegação de informações importantes, nos temas inabordáveis, nas pessoas e órgãos intocáveis e até mesmo em um certo clima de mistério. Trata-se de perpetuar os* macro e micropotentados tradicionais com a perpetuação do fracionamento inter e intrainstitucional. (grifos nossos)

Em outubro de 1977, Francisco de Assis Machado assumiu o cargo de coordenador da ST/Gein, oriundo das experiências do Vale do Jequitinhonha

e de Montes Claros. Dessa última experiência – em que foi diretor do Centro Regional e responsável pela implantação do projeto – ele traria muitas das diretrizes estratégicas que seriam adotadas a partir de então pelo Piass, enfrentando, no entanto, as dificuldades e os antagonismos políticos que permaneceriam da primeira fase do Programa.

Em analogia ao que se fez aqui com os demais projetos, pode-se chamar a segunda fase do Piass de 'Piass propriamente dito', já que seus resultados concretos tornaram-se mais conhecidos nessa fase. Até 1977 "a rede de serviços implantada e/ou incorporada pelo Piass era de aproximadamente 60 Centros de Saúde e 200 Postos" (CNRH/Ipea/Seplan apud Rosas, 1981:113). A primeira fase do Piass envolveu, além do próprio esforço pela sua criação, o seu componente mais teórico: documentos, reuniões, construção do modelo.

> *Diante do impasse que estava manifesto, a primeira coisa que solicitamos ao Secretário Geral foi que não convocasse mais nenhuma reunião do Gein. Entre outubro e novembro, eu e Sérgio Piola, os dois que restávamos dentro da equipe que não eram do Sesp, passamos a fazer um trabalho junto ao grupo, no sentido de convencê-los a ter uma atitude mais contemporizadora e a nos dar tempo e um crédito de confiança para conseguir tocar o Piass segundo as nossas idéias. Isso tinha que ser feito por outra estratégia que não aquela de confrontos. A reunião seguinte do Gein só foi marcada quando já tínhamos uma proposta negociada com os vários membros. Essa reunião foi marcada para dia 2 de janeiro.* (Machado, 1987)[78]

A nova estratégia adotada pela ST/Gein propunha "o esfriamento das discussões em nível central". Essa estratégia obedecia a dois princípios básicos: o primeiro, "a não-construção *a priori* de um 'modelo Piass' que deverá surgir da própria experiência do Programa", reafirmando uma postura que havia sido de alguma forma marginalizada pela hegemonia sespiana no Gein e no MS; o segundo princípio básico foi o que caracterizou a nova fase: "a busca de 'adesão externa' das populações beneficiadas, manifesta através de suas lideranças formais" (ST/Gein/Piass apud Rosas, 1981:114).

Abandonou-se a estratégia, adotada até meados de 1977, de definir normas e padrões e de concentrar as discussões em nível central; na busca de 'adesão externa', transportaram-se para o nível estadual as reuniões do Gein, as discussões, o embate e os conflitos. Isso, embora tenha feito com que o Programa conquistasse novos aliados, em particular os secretários estaduais de saúde, ao mesmo tempo estabeleceu novos antagonismos com as instituições (FSESP e INPS), além de conflitos em relação à maneira como estava organizado e distribuído o poder político nos níveis legislativos e executivos da Federação.

No documento "Piass – estratégia para 1978", a ST/Gein, sob nova coordenação, colocou-se claramente na luta política, traçando como meta

[78] Machado, F. A. Entrevista concedida à autora.

implantar rapidamente os serviços para consolidar o programa – a mesma estratégia adotada em Montes Claros.

O Piass, como o PMC, colocava em jogo um modelo alternativo de organização de serviços de saúde para o País, ou pelo menos para áreas rurais, que implicava o fortalecimento relativo do setor público não apenas por meio da ampliação de serviços públicos de Saúde, mas principalmente no interior deste, dando ao setor de saúde pública (o MS e as SES) o comando gerencial dos sistemas regionais de saúde. Os dois programas colocaram-se politicamente na arena setorial enfrentando os interesses hegemônicos privatizantes, e seus processos de implementação foram viabilizados pelos grupos progressistas, que utilizaram a estratégia de conquista de 'adesão externa'.

Antes da primeira reunião do Gein dessa segunda fase, ainda no final de dezembro de 1977, outro fato veio fortalecer muito a condução do programa. Em 28 de dezembro foi anunciada a escolha oficial, pelo Presidente Geisel, do futuro Presidente da República: João Figueiredo. O Vice-Presidente seria Aureliano Chaves, então governador de Minas Gerais, que

> *estava com uma 'batata quente' nas mãos: ter muitos postos e centros de saúde montados em Montes Claros, com o pessoal contratado, que até então eram mantidos pelos dólares da Usaid, e a partir de fevereiro o Estado é que teria que financiar. Quando anunciaram a escolha do futuro Vice-Presidente percebemos a oportunidade de fazer com que o Inamps participasse na manutenção de Montes Claros, e este seria o primeiro precedente para o Piass.* (Machado, 1987)

Por meio de negociações com o Secretário-Geral do Ministério da Saúde, o Secretário Estadual de Saúde de Minas Gerais, o próprio Governador e futuro Vice-Presidente, e com integrantes do Inamps simpáticos à participação da instituição em programas de extensão de cobertura, estabeleceu-se uma pressão sobre o presidente do Inamps, Reinold Stephanes, que terminou por aprovar uma minuta do convênio que viria a ser assinado em fevereiro entre a Previdência Social e o Piass/Montes Claros.

> *Francisco de Assis Machado, coordenador da ST/Gein, sugeriu; José Felipe Saraiva, novo diretor do CRS, coordenou e em janeiro de 1978, através de uma mobilização dos prefeitos e deputados da Região e do Secretário de Saúde que era candidato a deputado federal, desenvolveu-se uma pressão política que determinou a assinatura do convênio altamente favorável ao Sistema Integrado.* (Van Stralen, 1985:158-159)

A conquista do convênio do Inamps com o Piass/Montes Claros serviu mais para fortalecer o Programa no interior do Ministério da Saúde, o Secretário-Geral e o coordenador da Secretaria Técnica do Gein do que propriamente para deslocar o poder no interior da Previdência Social. A assinatura do convênio foi, de certa maneira, uma derrota dos interesses privatizantes; mas estes, que detinham o controle da máquina previdenciária,

aumentaram suas resistências e conseguiram que, da assinatura do convênio em fevereiro até o fim de 1978, nenhum outro passo fosse dado para um envolvimento maior da Previdência Social no financiamento de programas de extensão de cobertura.

As negociações de dezembro, que resultariam na assinatura do convênio, causaram grande impacto na reunião do Gein no início de janeiro,

> *porque eles percebem que tínhamos não só uma estratégia mas também uma capacidade de articulação política grande. Isso faz o Gein adotar inteiramente a estratégia, aprovar tudo e tomar a seguinte decisão: a partir de então o coordenador técnico da ST fica autorizado a tomar qualquer decisão em relação ao projeto,* ad referendum *o Gein. (...) Quando, em fevereiro, o Inamps se incorpora ao Piass, reforça a Secretaria Técnica do Piass, e reforça o próprio Piass dentro do Ministério num momento em que o Programa tinha a oposição ostensiva do Ministro da Saúde, do Sesp, da Sucam, e de todas as áreas tradicionais. José Carlos Seixas já começava a cair em desgraça dentro do Ministério, e seus auxiliares, a serem demitidos e isso foi um reforço fantástico do próprio Secretário Geral dentro do Ministério.* (Machado, 1987)

A aprovação do documento "Estratégias 1978" significou uma derrota parcial da visão sespiana no Gein, mas o Piass só pôde sobreviver pelo deslocamento estadual das ações da ST/Gein. As reuniões do Gein

> *não só passaram a ser realizadas nos estados como ganharam um novo caráter. Além dos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde 'anfitriã', procurou-se a participação de técnicos de outros Estados. Num processo de ampliação, mais tarde, as reuniões do Gein tornaram-se momentos de avaliação, discussão de estratégias e troca de experiências de todos os dez Estados do programa. Essa prática reforçou politicamente o Piass e contribuiu de maneira importante na mobilização de forças políticas (secretários, governadores, prefeitos, parlamentares) em apoio à implantação e consolidação do programa. Se nas primeiras reuniões em nível dos Estados dava-se importância apenas ao comparecimento de técnicos, nas subseqüentes se valorizou a presença dos próprios Secretários, alterando o caráter 'técnico' das reuniões iniciais para reuniões de caráter político.* (ST/Gein/Piass, 1978; Pelegrini,1979)

Esse movimento de deslocamento do conflito para o nível estadual e de mobilização política por parte da ST/Piass foi fundamental para a sobrevivência do programa numa conjuntura que continuava sendo desfavorável, e assentou as bases do que viria a ser a organização dos secretários estaduais de saúde: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)[79].

[79] O Conass foi constituído em 1982 como entidade civil com um regimento interno que prevê eleições bienais para a presidência da entidade. Sua constituição teve forte estímulo por parte dos secretários de Saúde da Região Nordeste, que através do Piass viveram as primeiras experiências de organização e expressão coletiva na correlação de forças setoriais.

A partir dos estímulos propiciados pelo PIASS formou-se uma frente política dos secretários envolvidos no programa, com o objetivo primordial de reivindicar recursos da Previdência Social. Com a evolução do PIASS e das próprias discussões entre os Secretários, surgiu a idéia da criação de uma entidade representativa. Como veremos, a base inicial do CONASS – os secretários de Saúde envolvidos no PIASS – teria particular importância na manutenção e na expansão do programa. Mas não foi só isso: a partir de então, a frente dos secretários de Saúde passou a ser um importante interlocutor na política de saúde.

A articulação dos secretários estaduais encontrou no ano eleitoral de 1978 uma conjuntura favorável às pressões políticas. Mais uma vez, no quadro do bipartidarismo, estabeleceu-se um plebiscito sobre o governo. Dos dez secretários, seis foram candidatos a cargos legislativos ou executivos, todos eleitos pelo partido da oposição.

"Nessa fase, também, iniciou-se um contato mais estreito do programa com as prefeituras municipais, o que permitiu ampliar as bases de sustentação do PIASS" (Rosas, 1981:117). Desta forma fechou-se um leque de alianças em torno do PIASS (que substituiu Montes Claros como bandeira e palco de luta para o movimento sanitário), constituído pelos técnicos impulsionadores da ST/GEIN, pelos secretários e técnicos estaduais, pelas prefeituras municipais e pela própria população beneficiada.

A participação da Previdência Social no financiamento do PIASS, a partir do convênio com o PMC, não se expandiu para os outros Estados. Todas as tentativas de extensão foram "massacradas burocraticamente" (Machado,1987). A experiência do PMC só foi ampliada a partir de outubro de 1978, após a I Reunião para o Desenvolvimento do Processo de Avaliação do PIASS, realizada em Montes Claros. É importante lembrar que, nessa ocasião, não apenas o PMC estava incorporado programaticamente ao PIASS, mas este já era a principal fonte de financiamento do PMC.

Nessa reunião, o Projeto Montes Claros foi novamente palco de luta onde o movimento sanitário enfrentou os interesses privatizantes. Ali foi articulado

> *um outro esquema de pressão capaz de fazer o MPAS aceitar a extensão do convênio para todos os Estados do Nordeste. Os Secretários de Saúde do Nordeste solicitaram pública e conjuntamente do Ministro da Previdência e Assistência Social, em carta abaixo-assinado, a extensão do convênio a seus Estados. Isto só se deu realmente no início de 79, um ano depois de estabelecido o convênio com a Região do Norte de Minas.* (Rosas, 1981:119)

Segundo Sobrinho (1984:149), "ainda que ínfima, se comparada aos recursos destinados à rede hospitalar privada, a participação do INAMPS naquele programa de medicina simplificada, ligada ao Sistema de Saúde Pública do Estado, significou um novo marco no desenvolvimento institucional dos serviços de saúde".

Pela capacidade de organização e expressão dos secretários estaduais, essa reunião em Montes Claros, 'vitoriosa' em uma conjuntura desfavorável, constituiu, no cenário setorial, um marco na trajetória da ação das secretarias estaduais, e posteriormente do Conass.

No entanto, a vitória não foi completa: os recursos do Inamps não foram totalmente remanejados. "Nos anos seguintes aumentava sua cota sistematicamente por baixo das taxas inflacionárias. Para justificar suas atitudes, o Inamps tentou demonstrar a baixa eficiência do programa" (Van Stralen, 1985:159). Os anéis burocrático-empresariais primeiro expressaram sua resistência alegando a 'inconstitucionalidade' da participação da Previdência Social em programas de extensão de cobertura. Depois, pressionados politicamente, 'cederam', assinando convênios que tentavam fazer passar por letra morta alegando 'insuficiência' e 'ineficiência', 'dinheiro jogado fora'. No entanto, mesmo nesse jogo de pressões/concessões, o convênio com o Inamps foi "um passo crucial na consolidação parcial do Piass, na medida em que, dada a escassez crônica de recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, o custeio de novas unidades era algo impossível sem os recursos da Previdência Social ou de outra fonte, em nível federal" (Silva, 1984:132).

Favorecido por uma conjuntura política e por sua estratégia de desenvolvimento, contando com a garantia de recursos financeiros somados ao saldo dos recursos não utilizados em 1977, o Piass encontrou, além dos setores encastelados na Previdência, duas grandes dificuldades/resistências: de um lado, a inexperiência da maioria dos estados participantes no que se referia à implantação de uma extensa rede de serviços básicos, inexperiência superada através da aliança política e do apoio técnico da ST. De outro lado, a postura da FSESP e seus aliados, contrária à estratégia de rápida implantação da rede.

A FSESP[80] não só atuava na luta política no nível central, como no local adotava seus critérios – não os do Piass, implementados e coordenados pela respectiva GCE – na aplicação dos recursos. E a oposição à estratégia de implantação rápida conseguiu apoio também de algumas secretarias que temiam implantar uma extensa rede e não ter recursos para mantê-la. No entanto, a maioria dos Estados apoiou a estratégia proposta pela ST e

---

[80] A FSESP, surgida no contexto da 2ª Guerra Mundial e vinculada aos interesses estratégicos dos EUA na extração de borracha, tinha duração prevista para 5 anos e "criou um arcabouço institucional extremamente dispendioso, baseado na experiência norte-americana, com uma estrutura fortemente disciplinadora e centralizada. Esteve ligada à Fundação Rockfeller até 1960 quando ligou-se ao MS" (Sobrinho, 1984:163). Mas a FSESP "mantém uma autonomia em relação ao MS, ligada à forma como o corpo tecnoburocrático que o compõe julga mais acertada, independentemente das transformações ocorridas no setor" (Silva,1984:133). Essa autonomia não apenas dificultava a articulação das instâncias regionais com o Piass, como também conformava um *locus do* pensamento tradicional que procuraria ampliar seus espaços em outros setores do Ministério.

expandiu ao máximo possível sua rede de unidades. Ao final de 1978, estavam implantados e funcionando 642 centros de saúde e 1.250 postos de saúde, com um potencial de cobertura de 6.400.000 pessoas em 699 municípios, o que correspondia a 56% do total da sua área de abrangência.

Tanto a rede implantada com recursos do Piass quanto a incorporada a ele não ofereciam uma cobertura homogênea entre os Estados. A análise dos desempenhos estaduais, em termos financeiros, mostrava ao final de 78 desempenho baixo no Piauí, Maranhão e Sergipe (estados que expandiram pouco a rede), regular no Ceará e na Paraíba, e um gasto maior nos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Bahia e Minas Gerais (Rosas, 1981:120-2).

Em junho de 1979, uma avaliação do Piass apontava problemas importantes:

> *ao invés de representar a garantia de acesso a todos os níveis, consagra as desigualdades na distribuição de serviços, significando os cuidados primários mais uma barreira à demanda dos serviços sofisticados, apesar da justificativa do programa pretender apontar para direção contrária. (...) A 'participação comunitária' é encarada de forma instrumental, na medida em que o programa a utiliza para legitimar e garantir as atividades prescritas pelos técnicos; ao mesmo tempo como fator de barateamento de custo, com utilização de mão-de-obra gratuita.* (Pelegrini et al., 1979:14-15)

No entanto, o final desta segunda fase, entre fins de 1978 e o início de nova administração federal, foi um momento de transição em que o Piass e os que o apoiavam apresentavam-se fortalecidos e entusiasmados. As boas avaliações nortearam a estratégia para 1979. A transição político-administrativa, em um contexto com perspectivas de ampliação das liberdades democráticas, foi utilizada para consolidar o apoio político por meio de um Seminário de Avaliação do Piass, realizado na última semana de janeiro de 1979, que contou com a participação de mais de cinqüenta técnicos de nível estadual e federal. Essa reunião, essencialmente política, traçou as estratégias para 1979, consolidou a mobilização em torno das propostas e apresentou-se como força interlocutora para os futuros ocupantes dos ministérios. Em 8 de março de 1979, no último momento dessa gestão da ST/Gein, foi realizada em Fortaleza a XXXIX Reunião Ordinária do Gein, em que foram aprovados o "Relatório de Atividades do Piass até dezembro de 1978" e as "Estratégias para 1979" elaboradas pela ST/Gein.

Já se verificavam, nestes documentos, algumas diferenças importantes. Por ter conquistado uma sustentação política e apresentar-se no cenário setorial como força interlocutora, a proposta do Piass pôde avançar conceitua1mente, e o Programa passou a ser entendido não apenas como a implantação material de uma rede, mas também como uma proposta de serviços, "elemento catalisador de mudanças qualitativas nas práticas

tradicionais dos serviços. (...) A regionalização teria, nesse contexto, um caráter prioritário mas entendida no conjunto de seus três componentes (desconcentração, descentralização e hierarquização) para que seja realmente efetiva" (Rosas, 1981:125). Propunha-se a modificação do relacionamento vertical programático e estimulava-se a inversão do processo de planejamento, para que fosse feito de 'baixo para cima'; diagnosticava-se como empecilho ao desenvolvimento do programa o esvaziamento das instâncias colegiadas estaduais, que "fracassam pela falta de representatividade da maioria dos elementos que a compõe e pela diversidade dos objetivos e interesses, das várias instituições" – no nível estadual reproduziam-se os mesmos obstáculos (ou a mesma luta política) existentes em nível federal.

As equipes técnicas estaduais, impulsionadoras iniciais, foram vistas nesse momento como fatores de frenagem porque "comportam-se em sua maioria, como programas verticais, situando-se, em alguns casos, como 'corpo estranho' à Secretaria". Tecnicamente, portanto, a proposta não progredia, embora tivesse conseguido algumas conquistas políticas com o aprofundamento da articulação dos secretários de Saúde, que veio a constituir um nível informal de condução do Programa. Com uma extensa rede de unidades já implantadas, era urgente a obtenção de recursos do Inamps para a operação dos serviços. A efetivação dos convênios assinados dependeria da postura dos novos ocupantes dos cargos da Previdência Social.

A boa avaliação do desempenho do Piass em 1978 em relação à opção estratégica adotada fez com que, no início da gestão Figueiredo, o Programa se apresentasse como proposta aglutinadora de várias vertentes identificadas com o fortalecimento do setor público, e como escudo contra as propostas privatizantes.

Em março de 1979, inaugurou-se uma nova fase para o Piass e para o País. Mesmo fugindo um pouco ao nosso período da análise, é importante relatar, ainda que sumariamente, a evolução do Programa. Por um curto período, aparentemente, os 'progressistas' mudaram de ministério. O Ministro Castro Lima escolheu como Secretário-Geral um representante da Sucam, cuja linha dominante de pensamento, como já vimos, era inteiramente contrária às propostas do Piass. O Ministério da Saúde era então representado no Gein por esse Secretário Geral, que tinha como suplente o Presidente da FSESP. O coordenador da ST/Gein foi substituído por um técnico sem muita iniciativa. Enquanto isso, na Previdência, o jovem sanitarista Marlow Kwitko, Secretário de Serviços Médicos, assumia estrategicamente a representação do MPAS no Gein e colocava-se como aliado do Piass. Iniciou-se então um 'movimento pendular' dos técnicos racionalizadores entre os ministérios do setor, segundo o caráter das gestões.

Nesta terceira fase, com duração total de oito meses, pouco foi realizado: os contatos com os estados diminuíram e, fora as atividades de rotina, o trabalho concentrou-se na elaboração da proposta de expansão

nacional do Piass. A etapa oficialmente prevista no Decreto Presidencial de 1976 estava no fim, e a nova etapa – com novos recursos – deveria ser negociada com a Seplan.

No segundo semestre de 1979, a ST conseguiu renovar seus quadros técnicos, desfalcados com a saída do coordenador, e preparou os documentos sobre "Atividades, diretrizes, estratégias e metas alcançadas até julho de 79" (ST/Gein/Piass, 1979) que deveriam ser apresentados ao Gein em uma reunião ampliada em Recife. A reunião não se realizou na data prevista devido à mudança de Ministro da Saúde.

Quem substituiu o baiano Castro Lima foi o técnico piauiense Waldyr Arcoverde, indicado para o cargo pelo Ministro da Previdência e Assistência Social Jair Soares, de quem havia sido Assessor de Planejamento na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Arcoverde era apoiado também pelo seu conterrâneo Petrônio Portella, Ministro da Justiça, muito ligado ao estrategista-mor do período, o General Golbery. Tudo isso fazia com que os técnicos expressassem em entrevistas as suas expectativas otimistas em relação à mudança ministerial.

Na realidade, o Piass expandiu-se nacionalmente (a partir do Decreto Presidencial n. 84.219, de novembro de 1979), mas deixou de existir como proposta particular. As novas diretrizes políticas do MS estavam concentradas na atenção primária e nos serviços básicos. Com esta idéia-chave foi programada a VII Conferência Nacional de Saúde e elaborados o Prósaúde e o Prevsaúde. Enquanto se esperava que o Prevsaúde fosse reescrito e aprovado, o Piass foi incorporado, na estrutura programática do Ministério, ao Programa Nacional de Serviços Básicos, ligado diretamente à Secretaria Geral. "Em 1980, o Piass era basicamente uma sigla orçamentária para conseguir recursos da Seplan"(Rosas,1986)[81]. O Prevsaúde nunca foi implantado, já o Piass desapareceu por um processo de fusão com programas do Ministério da Saúde.

O Piass representou a expansão e a viabilização de um projeto e um modelo construídos em Montes Claros. Ao viabilizar a proposta defendida pelo movimento sanitário, estabeleceu esse grupo como 'força interlocutora' da política de saúde. Estimulou o estabelecimento de uma frente de mobilização política que viria a constituir o Conass e com isso ampliou o 'leque de alianças' do movimento sanitário, além de fortalecê-lo no embate com os interesses privatizantes. Estes continuaram hegemônicos no interior da Previdência e, conseqüentemente, na real política de saúde. O Piass canalizou sobre a Previdência Social a pressão por obtenção de recursos, de certa forma recuperando politicamente o espaço que havia sido ocupado pelo Plus na defesa do fortalecimento do setor público.

---

[81] Rosas, E. J. Entrevista concedida à autora.

O Piass concretizou, em uma área de abrangência considerável, uma proposta de organização de serviços de saúde que era alternativa à até então adotada pelas instituições setoriais. Foi a primeira grande experiência nacional de um modelo cujas diretrizes continuariam a orientar todas as propostas que o movimento sanitário elaborou, tais como o Prevsaúde, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Apesar de vivenciado por uma determinada equipe de sanitaristas, o Piass foi uma experiência de todo o movimento sanitário. Foi um programa trabalhado, também, no nível da formação de recursos humanos, debatido nos fóruns das vertentes sindical, organizativa e acadêmica; Gentile de Mello o monitorava com seus artigos na *Folha de S. Paulo*. Enfim, dando continuidade ao projeto médico-social de Montes Claros, em um encontro com o sanitarismo desenvolvimentista, o Piass foi palco e bandeira de luta do movimento sanitário, que cresceu como força política e na elaboração de uma proposta alternativa de organização dos serviços de saúde.

# Parte IV

## REVIRAVOLTA NA SAÚDE

# 10 Revisitando o Movimento Sanitário

Enquanto autores/atores estamos
construindo a história da história
que estamos construindo.

(Nupes)

O regime autoritário-burocrático brasileiro instaurado em 1964 tinha, em sua fase inicial, duas grandes tarefas a realizar: restaurar a ordem e normalizar a economia. Para restaurar a ordem lançou mão da repressão e suprimiu as mediações existentes entre Estado e sociedade em uma democracia liberal. A normalização da economia foi feita às custas da exclusão econômica dos setores populares e da despolitização das questões, que passaram a ser encaradas segundo a ótica da neutralidade técnica (O'Donnell, 1982:290).

Esses movimentos, encontrados no panorama geral da sociedade, tiveram a sua tradução na área de saúde. A repressão atingiu esse setor através de cassações, inquéritos policiais militares, cerceamento ao trabalho, interrupção de financiamentos e até mesmo o fechamento total de núcleos de pesquisa. O estágio de decadência que atingiu o Instituto Oswaldo Cruz é um dos produtos visíveis dessa primeira fase do regime autoritário-burocrático (AB). A supressão das mediações entre Estado e sociedade torna essa máquina estatal permeável aos 'assaltos opacos', com a formação de 'anéis burocráticos' que não têm de prestar contas de seus atos.

A lógica do modelo do Sistema Nacional de Saúde no final dessa primeira fase do regime AB (1964-1974) tem como características gerais: o predomínio (financeiro e político) das instituições previdenciárias, os trabalhadores afastados do processo de direção e a hegemonia dos anéis burocrático-empresariais cujos interesses conduzem à mercantilização da saúde. Relegada ao segundo plano pelo regime militar, a saúde pública tornara-se uma máquina ineficiente e tradicionalista, que simulava atacar os problemas através de suas campanhas. A carência completa de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com esse quadro de decadência com graves conseqüências nas condições de saúde da população.

A concentração de renda resultante da política econômica do regime militar levou enormes parcelas da população, principalmente nas regiões metropolitanas, a enfrentar péssimas condições de vida, que em pouco tempo ficariam evidentes no aumento da incidência de doenças e mortes.

Ao fim da fase inicial, o regime AB entrou na fase da 'nostalgia das mediações', quando "o Estado, do ápice das suas instituições proclama em voz alta a importância das tarefas que está desempenhando e anuncia um futuro de grandeza e, contudo, não recebe em troca nem o eco de sua própria voz" (O'Donnell, 1982:290). Se, ao fim do governo Médici, o regime proclamasse a sua importância do ápice das instituições de saúde, receberia de volta as conseqüências do milagre econômico: altíssima mortalidade infantil nos grandes centros como São Paulo, epidemias de meningite, altos níveis de desnutrição, grande expansão da poliomielite, da hanseníase e de outras endemias. O regime militar, de um lado, implementava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde; de outro lado, diminuía a oferta e reduzia a qualidade dos serviços públicos, potencializando ou sendo o responsável efetivo pela morbidade e mortalidade prevalentes na população brasileira.

Durante o período mais repressivo da ditadura militar desenvolveu-se um pensamento transformador na área de saúde. Enquanto os derrotados (as classes populares e seus representantes) eram silenciados pelo regime, foi sendo construída a sua 'voz', a voz dos derrotados, dos silenciados que analisamos no capítulo 1 (sobre as bases universitárias). A construção de um novo marco teórico no pensamento médico-social no Brasil iniciou um movimento à procura de seu personagem (as classes populares), existindo antes que essas próprias classes organizadas procurassem criá-la. Em um primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito social porque este está silenciado, mas com a eclosão dos movimentos sociais, o movimento sanitário encontra seu referencial: desde seus primórdios está referido às classes trabalhadoras e populares.

Foi esse desenvolvimento teórico que deu sustentação ao movimento sanitário. Quando a estratégia da 'distensão' dos 'anos Geisel' abriu o cenário político, o movimento sanitário foi ocupá-lo conscientemente, com propostas concretas, transformadoras, reflexos na prática de que a construção de um saber já havia sido desenvolvida. O processo ocorrido nas universidades, de 1960 até 1974, foi a base do marco teórico referencial e também o início da constituição – ainda que limitada – das bases institucionais do movimento, representadas naquela época pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs). Neles, o movimento preventivista liberal foi transformado em um projeto racionalizador devido ao próprio papel do Estado brasileiro no sistema de atenção à saúde. Posteriormente, pela atuação de certos intelectuais ao repensar o objeto saúde pela ótica do materialismo dialético, construiu-se uma abordagem médico-social da saúde como objeto político de reflexão e ação superando as visões biológica e ecológica.

A partir das bases universitárias, no conjunto dos DMPs distinguiram-se três correntes de pensamento – liberal, racionalizador e médico-social – segundo a visão de cada uma delas em relação ao conceito de saúde e sua determinação, com conseqüências nas estratégias de atuação setoriais adotadas. O projeto racionalizador – em oposição ao modelo liberal – já incluía a participação no sistema oficial de atenção à saúde e norteava alguns projetos desenvolvidos entre universidades e secretarias de saúde. Essa inserção no SNS tinha como referencial a teoria de sistemas, apresentava um caráter experimental e estava relacionada, principalmente, à formação de recursos humanos. Os projetos experimentais das bases universitárias constituíram o suporte para a intervenção posterior do pensamento médico-social, a partir de 1974-1975, em uma segunda fase do regime AB, em projetos institucionais como o Plus, Projeto Montes Claros e o Piass.

Quando o regime AB entrou na fase da 'nostalgia das mediações', necessitando de 'canais' com a sociedade para legitimar seu modelo econômico e político, passou a enfatizar as questões sociais, particularmente no nível discursivo. O uso das questões sociais como fonte de legitimação abriu espaços institucionais no Ministério da Saúde, a partir de 1974, resultantes também da ação de representantes do pensamento racionalizador na condução da máquina governamental nessa esfera. Da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, tanto por meio da Finep quanto do Ipea, foram canalizados recursos para a área de saúde pública – que voltou a ser uma alternativa de investimento para experimentar modelos de extensão de cobertura a baixo custo. Além disso, o processo de modernização do aparelho do Estado desenvolvido nessa conjuntura no Ministério da Saúde e na Previdência Social permitiu a entrada de quadros técnicos diferenciados dos tradicionais. Essas pessoas desenvolveram diretamente, ou estimularam indiretamente, os projetos institucionais que, a nosso ver, constituem a experiência acumulada do movimento sanitário em termos de propostas de transformação da organização dos serviços de saúde.

Entretanto, "perseguido pelo espectro de uma negação explosiva", o regime AB buscava recuperar as mediações mas não podia permitir que a situação retornasse ao que era antes de sua instalação. Daí, partiu em busca da 'pedra filosofal' que é a democracia com adjetivos, o processo de 'distensão' imaginado pelos seus estrategistas. Nessa busca de legitimação sem perda de controle, o regime militar possibilitou e promoveu a reativação da política. Repercutiram também na área da saúde as eleições de 1974, que resultaram no início da formação do grupo 'autêntico' do MDB; as de 1976, quando em muitas cidades importantes foram eleitos prefeitos progressistas do MDB e as de 1978, que elegeram o dobro do número de deputados 'autênticos'.

Os projetos municipais alternativos desenvolvidos em Niterói, Campinas e Londrina, a partir das eleições de 1976, são experiências municipais do movimento sanitário conseqüentes a esse processo de

reativação da política eleitoral. O mesmo pode-se afirmar sobre a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados: em 1978, a eleição de vários deputados 'autênticos' com particular interesse na área de saúde possibilitou a recuperação desse fórum de debates. Menos de um ano depois, estes parlamentares, em associação com o núcleo do Cebes de Brasília, conseguiram realizar o I Simpósio sobre Política de Saúde.

Mas a 'pedra filosofal' procurada significava abrir espaços controlando firmemente o processo. Foi assim que, nos 'anos Geisel', abriram-se espaços institucionais para o movimento sanitário articular-se e ter contato com o aparelho setorial do Estado, sofrendo, ao mesmo tempo, forte repressão por meio do controle do SNI para preenchimento de cargos, do cerceamento ao trabalho, das perseguições e até prisões. A abertura de espaços institucionais não configurou uma alteração no modelo hegemônico vigente que manteve as características da fase inicial do regime AB.

O movimento sanitário começou a ocupar espaços como um pensamento contra-hegemônico, com baixa capacidade de interferência nas decisões institucionais. Porém, a participação serviu para acumular experiências nas instituições federais gestoras dos serviços de Saúde ou definidoras da política de Saúde e em outros *loci* da máquina governamental setorial. Essa experiência acumulada nos 'anos Geisel' iria traduzir-se nos projetos que o movimento sanitário desenvolveu nos 'anos Figueiredo', independentemente de sua operacionalização, desde o Prevsaúde até as Ações Integradas de Saúde.

Porém, essa inserção de pessoas em determinados locais de trabalho só configurou a constituição de uma força na arena política setorial a partir de fins de 1979. Antes desse momento, ao longo do processo de 'distensão', esse ator coletivo – o movimento sanitário – foi construído a partir da articulação entre pessoas, grupos e partidos em um processo semelhante e integrado ao que ocorreu com os demais movimentos sociais no Brasil: a reativação da sociedade civil, analisada em 'o crescimento das oposições'.

No campo da saúde, o movimento estudantil comandou as Semanas de Saúde Comunitária (Sesacs) e a transformação do Encontro Científico de Estudantes de Medicina (Ecem), em momentos intensamente politizados, à semelhança do que ocorreu com as reuniões da SBPC. Movimentos setoriais específicos incluíram a criação do Cebes, uma entidade de representação e difusão, e a participação no movimento sindical médico – que renovou suas entidades representativas, aproximou-se da ideologia trabalhista e realizou, pela primeira vez, greves de caráter econômico e político. Estiveram presentes nas lutas mais gerais da sociedade civil pela redemocratização, pela anistia e por melhores condições de vida e saúde. Enfim, constituiu-se um movimento que pensava e desenvolvia projetos alternativos com abordagens e propostas novas em diversas instituições, na Academia, no movimento sindical e no Cebes.

Mas que movimento é esse? O movimento sanitário é um movimento social ou uma 'movimentação'? Seria algo parecido com os *lobbies* ou grupos de pressão?

A análise realizada permite afirmar que se trata de um movimento social, com as características e configurações próprias dessa categoria. Apresenta uma trajetória diferenciada da defesa de interesses particulares característica dos *lobbies* e se revelou mais permanente do que uma movimentação passageira ou pontual. Vê-se a formação do movimento sanitário como uma articulação de pessoas e grupos que, no momento da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, apresentava tendências crescentes de ampliação tanto em número de integrantes quanto no campo de atuação.

Utilizou-se, aqui, o referencial trabalhado por Arouca (1975) para caracterizar a configuração do discurso médico-social que consideramos o pilar básico de sustentação do movimento sanitário. Em *O Dilema Preventivista,* o autor adota a metodologia utilizada por Michel Foucault para estudar o movimento preventivista a partir da sua prática discursiva, entendida "como processo de formulação de um determinado discurso em que foi gasto uma certa quantidade de trabalho humano, realizado sob determinadas articulações. Ao conjunto de regras historicamente determinadas que regem a função enunciativa, denominada prática discursiva por Foucault, passaremos a chamar regras da prática discursiva" (Arouca, 1975:72).

O autor apresenta as regras de formação do discurso preventivista, "ou seja, as condições concretas de existência dos elementos que compõem o discurso preventivista, em sua singularidade de acontecimento em um espaço finito". O discurso preventivista é decomposto na formação dos objetos ("processo de fazê-lo aparecer, torná-lo nomeável e descritível"); na institucionalização de espaços discursivos ("através dos quais o discurso é instaurado na sociedade"); na formação das modalidades discursivas ("os enunciados do discurso e o sujeito que o enuncia"), nos conceitos considerados básicos e nas estratégias de ação (Arouca, 1975:196-7).

No quadro a seguir, esquematizam-se de forma sintética os elementos que constituem os discursos preventivista e médico-social, caracterizando duas formações discursivas.

| ELEMENTOS | DISCURSO PREVENTIVISTA | DISCURSO MÉDICO-SOCIAL |
|---|---|---|
| SUJEITO | Professores e alunos de DMPs | Professores e alunos dos DMPs, médicos assalariados, demais profissionais de saúde assalariados |
| FORMAÇÃO DOS OBJETOS | Prática e educação médica | Sistemas e políticas de saúde |
| BASES INSTITUCIONAIS | | |
| NACIONAIS | DMPs | DMPs/Cebes/sindicatos/ conselhos/associações/ Abrasco/SES/SMS/Ipea/ MS/Inamps |
| INTERNACIONAIS | Opas/Fundação Kellog/Fepafem/ Fundação Rockfeller | Opas/Udual |
| FORMAÇÃO DAS MODALIDADES DISCURSIVAS | Biologização | Politização/socialização/ participação/ universalização/ regionalização/ hierarquização/ descentralização |
| FORMAÇÃO DOS CONCEITOS | Visão ecológica saúde/doença; história natural da doença; multicausalidade | Saúde/doença como processo social; historicidade do processo; determinação social |
| FORMAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS | Mudança de atitude inculcação integração instrumental estatístico | Intervenção no Sistema Nacional de Saúde/ ocupação de espaços institucionais/abordagem estratégica (núcleos de poder)/unificação do SNS/prática política |

Sônia Fleury Teixeira, (1987:94-115), tendo como referência a tese de Arouca, caracteriza a formação do movimento sanitário "pela construção de um saber, por ser um movimento ideológico e por ter uma prática política". Entendendo-se por "prática teórica (construção de um saber) a transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado; por prática ideológica (movimento ideológico) a transformação de uma consciência, produzida por meio de uma consciência sobre si mesma; e, por prática política a transformação de relações sociais produzidas por meios de instrumentos políticos" (Arouca, 1975:73). As três

práticas constituem as faces componentes de um movimento social que tem uma prática social – um “complexo conjunto das práticas em indeterminação dentro de um todo social dado”.

Constatamos o desenvolvimento de um movimento nascido no interior dos DMPs através da crítica ao discurso preventivista. Essa crítica construiu um conhecimento alternativo que caracterizou a identidade de um discurso – o da medicina social. Os contatos entre os ‘núcleos críticos’ levou à constituição de uma rede onde há uma difusão do pensamento, de práticas, conceitos e estratégias. Essa rede e essa identidade do discurso teceram a organicidade do movimento, que passou a ter “condições concretas de existência em sua singularidade”.

Recuperou-se, aqui, um determinado momento histórico registrando as trajetórias dos elementos constitutivos do movimento sanitário que se articulou no processo de ‘abertura’. O movimento sanitário pode ser assim denominado por ter:

- uma base institucional que foi sendo ampliada dos DMPs para as residências e pós-graduações, posteriormente extrapolando o mundo acadêmico e penetrando nas instituições prestadoras de serviços e até mesmo o Inamps;
- um órgão de representação e difusão, representado pelo Cebes, com a revista *Saúde em Debate*, a linha editorial, os documentos e manifestos dessa entidade. A partir da conjuntura seguinte (‘os anos Figueiredo’), com a criação da Abrasco, a tarefa de representação e divulgação passou a ser compartilhada entre as duas entidades;
- mecanismos de produção de seus agentes, intelectuais ‘orgânicos’, através dos núcleos acadêmicos espalhados pelo País formando pessoas com a mesma abordagem do campo da Saúde – a abordagem médico-social – e com a mesma postura política frente às necessidades de transformações no setor;
- um marco teórico referencial permanentemente construído e colocado em prática, e que representa o código de identificação entre os componentes desse movimento;
- um modelo alternativo de organização dos serviços de Saúde e de institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, formulado através de estudos teóricos e da experiência dos projetos institucionais.

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de Estado (universidades), mas ter-se radicado na sociedade civil como movimento opositor ao regime; ter

incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de 'ocupação de espaços'; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação.

Ainda, e de maneira particular, por ter criado 'anéis burocráticos' invertidos. Quando o Governo lança mão das questões sociais para conquistar sua legitimação na sociedade, cria espaços na máquina estatal que não são ocupados por intelectuais orgânicos ao sistema. O próprio processo de 'modernização administrativa', tão apregoado pelos militares, também funcionou como canal para a entrada de um pensamento progressista no aparelho de Estado. A ocupação desses espaços possibilitou a criação dos 'anéis burocráticos' invertidos, pois usaram o poder administrativo e técnico que detinham não para a mercantilização da saúde como os anéis burocráticos empresariais da Previdência, mas para o fortalecimento da sociedade civil e, por vezes, dos movimentos populares. 'Anéis burocráticos' em tensão permanente, já que representavam o discurso contra-hegemônico dentro de um espaço de legitimação do regime. Enquanto o governo recorre a um discurso que justifica a criação de novos espaços para legitimar-se, o novo pensamento se apropria das propostas do governo para 'justificar' as suas. Se os anéis burocráticos progressistas utilizaram o discurso do governo para se legitimarem, o regime utilizou o desenvolvimento das propostas progressistas para a sua própria legitimação na sociedade.

O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987)[82] denominou esse conflito "o fantasma da classe 'ausente' como elemento de controle do movimento". Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletiva e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde.

Outro ponto permanente de tensão é que, ao envolver-se na luta pelo fortalecimento da sociedade civil, o movimento sanitário criou os próprios limites. Nesse processo, surgem no cenário as classes sociais e as suas representações partidárias, e isso tende a 'corroer' a unidade do movimento sanitário ao 'partidarizá-lo'. Não se pode esquecer que não se

---

[82] Arouca, A. S. S. Entrevista concedida à autora.

trata de um partido. O apelido com cunho pejorativo 'Partido Sanitário' – como o movimento foi conhecido em nosso meio – surgiu em um seminário da Opas em 1981, tentando caracterizar um grupo com propostas coesas cujos componentes eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Entretanto, ficou claro que o processo observado não foi a configuração de um partido de profissionais de saúde. Pelo contrário: como observou Nina Pereira Nunes (1987)[83], a conformação do movimento sanitário ocorreu através da experiência plural das oposições. A convivência das diferentes correntes de pensamento, ainda que nessa conjuntura com uma direção nitidamente vinculada ao PCB, foi o que permitiu a sua consolidação. O chamado Partido Sanitário é, na realidade, um movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que usa um referencial médico-social na abordagem e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, querendo promover uma *Reviravolta na Saúde*.

## Fim do Autoritarismo: os 'anos Figueiredo' (1979-1985)

Quando, em 1979, começou o último governo militar, o movimento sanitário apresentava-se organizado e, ainda que inicialmente marginal, era reconhecido como um dos interlocutores na arena da política setorial. A partir desse ano abriu-se também uma nova etapa para o movimento sanitário, que penetrou nos aparelhos de Estado com o objetivo de tentar implementar suas estratégias para mudar a direção da política e assim privilegiar o setor público.

O General Figueiredo iniciou seu governo dando continuidade à política de seu antecessor, comprometendo-se com a democratização do País. Seu governo foi caracterizado por crises no âmbito econômico, social e moral, que provocaram o questionamento da legitimidade do regime militar em seu sexto governo após o golpe de 1964.

Entre 1979 e 1982, o movimento sanitário foi construindo e ampliando sua organicidade, estabelecendo contatos e alianças com os demais movimentos pela democratização do País e configurando sua singularidade, procurando cada vez mais detalhar o projeto e identificá-lo com maneiras concretas de atuação no panorama de saúde da população brasileira. Foi a época do 'sonho tecnocrático' do Prevsaúde – confluência de um conjunto de experiências institucionais do período anterior[84].

A partir de 1982, desenvolveram-se, no interior da Previdência Social, propostas de reformulação do setor saúde que, a partir de uma ótica

---

[83] Nunes, N. V. P. Entrevista concedida à autora.

[84] Ver capítulos 7, 8 e 9.

racionalizadora com vistas à contenção dos custos da assistência médica previdenciária, modificaram as diretrizes até então vigentes na política de saúde. Sem alterar a hegemonia do Inamps dentro do setor, essas propostas privilegiaram o subsetor público prestador de serviços de saúde e a integração interinstitucional, formando instâncias colegiadas de gestão (CIS, CIMS, CRIS e CLIS) e das POIs (programação/orçamentação conjuntas). Privilegiaram, também, a desconcentração das ações de atenção à saúde para os níveis estadual e municipal. Além disso, legitimaram – inicialmente, em um contexto autoritário e posteriormente no período de transição democrática – a participação de entidades representativas da sociedade civil na formulação das políticas de saúde.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) originaram-se da operacionalização de um dos três grandes eixos do plano conhecido como 'plano do Conasp'. O Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) foi criado a partir da grave crise financeira da Previdência Social que veio à público em meados de 1981. O plano preconizava, como um dos mecanismos para reorientar a assistência médica previdenciária, a assinatura de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e os governos dos Estados, de forma a racionalizar os recursos utilizando a capacidade pública ociosa.

O plano do Conasp foi traduzido institucionalmente pela Direção Geral do Inamps em uma proposta de ação envolvendo 32 programas – dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais), que, a partir do segundo semestre de 1983, passou a ser implementado em alguns estados do Brasil através da assinatura de convênios e termos aditivos. É natural que o contexto institucional em que o Pais se desenvolveu refletisse de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo. Além dessas dificuldades, a proposta enfrentou grandes resistências internas por parte de um aparelho de Estado fortemente hegemonizado pelas posturas privatizantes, favorável à manutenção da política até então vigente de compra de serviços na rede privada de saúde. Representantes orgânicos e independentes desses interesses estavam em determinados *loci* de poder na Direção Geral do Inamps e priorizavam a implementação das propostas relativas ao setor privado (novo sistema de contas hospitalares e projeto de racionalização ambulatorial) em detrimento da assinatura de convênios com os governos estaduais recém-empossados (Rodriguez Neto, 1986)[85].

A transformação do Pais em AIS – isto é, a transformação da ação programática institucional em estratégia de reorientação setorial – foi deliberada também a partir de um *locus* institucional, a Secretaria de Planejamento da Direção Geral do Inamps (SPL/DG/Inamps). Essa estratégia de reorientação setorial privilegiava o setor público e visava à integração

---

[85] Rodriguez Neto, E. Entrevista concedida à autora.

interinstitucional, à descentralização e à democratização. Até mesmo pela degeneração das instituições no final do regime militar, essa estratégia conseguiu atravessar o cerco hegemônico privativista e instalar-se na política de saúde, ainda que inicialmente em uma posição marginal. No período considerado como os primórdios do 'planejamento estratégico' no interior da SPL/DG/Inamps, a equipe, com o apoio de vários técnicos de instituições acadêmicas e governamentais, redimensionou a proposta inicial e buscou dar-lhe caráter nacional (Rodriguez Neto, 1986).

A partir de maio de 1984, a estratégia das AIS, tendo como referência as diretrizes contidas no plano do Conasp, passou a ser implementada com base nos seguintes princípios gerais: responsabilidade do poder público; integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; definição de propostas a partir do perfil epidemiológico; regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; valorização das atividades básicas e garantia de referência; utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; descentralização do processo de planejamento e administração; planejamento da cobertura assistencial; desenvolvimento dos recursos humanos e o reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo.

## A Nova República ou os Anos Sarney (1985-1990): uma transição em dois atos

### 1º ato

Apesar de toda a mobilização da sociedade brasileira em 1984 pela redemocratização do País através do movimento das 'Diretas Já!', o fim do autoritarismo foi negociado e controlado até o final pelos militares. A transição negociada promoveu, em janeiro de 1985, a eleição indireta de Tancredo Neves e José Sarney para a Presidência e Vice-Presidência do País. A doença e a morte do Presidente eleito provocaram uma paralisia nacional durante os primeiros meses de governo civil.

A movimentação no setor saúde alcançara grande desenvolvimento no último semestre de vigência do regime autoritário e no início da 'Nova República'. O movimento sanitário não só havia participado, com os demais setores da sociedade brasileira, da campanha pelas 'Diretas Já!', mas também trabalhado, específica e intensamente, a problemática de saúde diante das perspectivas de um regime democrático e mais justo. Neste trabalho intenso de reuniões, seminários e encontros, foram-se aperfeiçoando propostas de mudanças para o Sistema Nacional de Saúde com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, democratização e descentralização do Sistema de Saúde.

Em fins de 1984, às vésperas da reunião do Colégio Eleitoral, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) promoveu uma série de encontros setoriais para discutir a sua proposta de governo. As idéias do movimento sanitário foram amplamente aceitas, e a unificação do Sistema de Saúde passou a ser uma proposta do partido de oposição. Meses depois, o movimento sanitário conseguiu que fossem incorporadas ao Plano de Governo – Comissão do Plano de Ação Governamental (Cofag), instituída ainda por Tancredo Neves. Fez prevalecer suas propostas em diversos âmbitos das negociações políticas para o período de transição e até indicar e garantir a nomeação de seus representantes para postos-chave da administração pública setorial. Essa conquista foi fruto de uma movimentação nacional de pessoas e entidades da saúde, paralelamente a um trabalho político-parlamentar.

Conseguir operar as máquinas burocráticas na direção contrária a que vinham funcionando, sem contar com quadros identificados com o projeto em todos os postos estratégicos do sistema exigiu um esforço enorme dos envolvidos. Esse consumo intelectual com experiências administrativas inéditas imprimiu uma das características do movimento sanitário nesse período: restringir-se cada vez mais a buscar consenso em torno de um projeto jurídico-institucional, relativo às diversas formas administrativas de organização do sistema.

É inegável, porém, que o movimento sanitário conseguiu manter a visibilidade e a politização da questão Saúde ao longo dos primeiros anos da Nova República. As Ações Integradas de Saúde, estratégia marginal do governo anterior, foram ratificadas como estratégia de reorientação setorial pelos ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação e tornaram-se a política do Inamps. Essa prioridade refletiu-se tanto no orçamento do Inamps para 1986, como na crescente adesão das prefeituras aos convênios AIS.

A proposta de unificação do Sistema de Saúde com a incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde – aparentemente consensual ao final do regime autoritário – veio a esbarrar em diversos interesses antagônicos, inclusive entre os dois ministros do setor. Além disso, o próprio movimento sanitário estava dividido, com cada grupo 'vestindo a camisa' da sua instituição. Com esse conflito intragovernamental correndo intramuros, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que deveria "obter subsídios visando a contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para debate na futura Constituinte"[86].

Por este motivo, na proposta da Conferência, diferentemente das anteriores, além dos profissionais e dos prestadores de serviços de saúde e dos quadros técnicos e burocráticos do setor, incluíram-se os 'usuários'.

---

[86] VIII CNS. Brasília, 1986. Regimento. In: "A Conferência e sua História: avaliações". Tema (7), Projeto Radis/Fiocruz, 1986:5.

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. No plenário que reuniu aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos prestadores privados, esta CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros.

A VIII CNS não se restringiu ao momento de sua realização em Brasília; foi um processo de discussão, propiciando um debate amplo e duradouro sobre a política de saúde. Iniciado com as pré-conferências estaduais, culminou na conferência em si e desdobrou-se em 1986/1987 nas discussões das chamadas conferências 'específicas' por temas e áreas de atuação: saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, do consumidor; saúde bucal, saúde mental, grandes endemias etc. Sobre esses temas foram realizadas conferências estaduais e nacionais, utilizando-se o Relatório Final da VIII CNS como elemento norteador. De todas essas discussões participaram profissionais de saúde e diferentes entidades/organismos da sociedade civil.

Os desdobramentos principais da Conferência foram a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde. A primeira, de composição paritária governo/sociedade civil, realizou um trabalho eminentemente técnico, com poucas repercussões políticas. Já a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

Em julho de 1987, foi aprovado o decreto que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), a partir de uma proposta originária da Presidência do Inamps visando à descentralização – particularmente à municipalização – dos serviços de saúde. Na proposta dos Suds, incluíam-se o enxugamento da máquina previdenciária de nível estadual, transformando as antigas superintendências regionais em escritórios; a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado.

A implementação dos Suds nos estados e municípios dependeu enormemente do grau de compromisso dos dirigentes políticos e setoriais locais com a proposta. No entanto, mesmo onde o processo começou com amplo apoio, o desenvolvimento dos Suds passou a encontrar sérias

dificuldades a partir da demissão do presidente do INAMPS e sua equipe, em março de 1988. A resistência originou-se nas lideranças políticas 'fisiológicas', que sentiam seus interesses regionais ameaçados, e também na burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde, mas principalmente nos interesses 'verticalistas' e centralizadores localizados na SUCAM e na Fundação SESP – e, naturalmente, do subsetor privado. Essa articulação de interesses contrários à proposta fez com que, simultaneamente à aprovação do capítulo constitucional, a política de assistência médica previdenciária desse uma 'meia-volta à direita'.

## 2º ATO

Na medida em que não se conseguia controlar a situação econômica, e estando em curso no País a elaboração de uma nova Constituição, o governo restringiu cada vez mais a sua base de sustentação, retomando ao velho pacto político do autoritarismo. As pretensas políticas 'sociais democráticas' ('tudo pelo social' era o *slogan* do início do governo Sarney) foram progressivamente substituídas por políticas conservadoras e autoritárias e a composição ministerial refletia essa mudança de rumo. O cerceamento do conteúdo político da CNRS foi, em parte, conseqüência do início da segunda fase do governo Sarney, em que ressurgiram com vigor propostas conservadoras.

Durante o processo constitucional, houve negociação entre a Presidência da República e parlamentares constituintes conhecidos como 'grupo do Centrão' (multipartidário), para manter o regime presidencialista e definir um mandato presidencial de cinco anos. Em conseqüência, os cargos públicos foram distribuídos e a equipe ministerial passou a ser majoritariamente conservadora. Ao final da primeira fase do governo Sarney, o movimento sanitário acumulava vitórias no âmbito do processo constitucional, ao passo que no institucional passou a ter alguns de seus 'representantes' destituídos dos cargos que até então ocupavam.

Em ambos os ministérios setoriais a Nova República caracterizou-se por uma sucessão de ministros que progressivamente abandonaram as propostas ajustadas no plano do COPAG e passaram a imprimir orientações conservadoras e privatizantes à política de saúde. Mesmo a VIII CNS foi conduzida por ministros que não a convocaram e que não tinham compromissos políticos com a implantação de suas resoluções. No Ministério da Saúde, de fevereiro de 1986 em diante, a tônica das preocupações voltou a ser os programas verticais tradicionais de prevenção e controle. A partir do início de 1987, os representantes do movimento sanitário foram sendo demitidos de seus cargos, mantendo-se, até início de 1990, como último bastião a Fundação Oswaldo Cruz. Na Previdência Social, a condução comprometida com as reformas manteve-se até a negociação do mandato presidencial e do regime de governo. A partir de março de 1988, nenhum 'representante' do movimento sanitário permaneceu em cargos de direção do INAMPS.

Ao final do governo Sarney, a política econômica posterior aos Planos Cruzado I e II, conhecida como 'feijão com arroz', em nada alterara a situação. A inflação estourava, não havia negociação favorável da dívida externa, a especulação financeira grassava e os investimentos produtivos eram escassos. A política de saúde dos últimos dezoito meses do governo Sarney caracterizou-se por um retrocesso importante em termos de descentralização, integração interinstitucional e privilegiamento do setor público. Com a utilização de mecanismos políticos, contábeis, burocráticos, os repasses de recursos para os estados e municípios foram dificultados e criaram-se obstáculos operacionais à integração e à implementação dos Suds[87]. Ressalte-se que, no 'apagar das luzes', o Presidente da República assinou decreto transferindo o Inamps para o Ministério da Saúde, estabelecendo, assim, uma nova configuração setorial que seria colocada em ação pelo governo Collor.

## Movimento Sanitário (1986-1990)

Entre 1986 e 1990, o movimento sanitário passou por transformações significativas, que lhe imprimiram novas características e uma composição diferenciada de forças sociais. Daí surgiu uma série de conflitos que, ao longo do período, permearam o movimento e que permanentemente recolocaram o questionamento de sua representatividade e legitimidade de existência.

A partir de 1983, o movimento sanitário conseguiu pôr em prática uma de suas estratégias, a 'ocupação dos espaços institucionais'. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, passou a fazer das instituições de saúde um *locus* de construção da contra-hegemonia. Com a adoção dessa estratégia, separou-se ainda mais do movimento popular. Ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações.

Esse processo de 'institucionalização' dos projetos e propostas revelou-se uma faca de dois gumes: por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar idéias e alterar os rumos da política; por outro lado, assim agindo o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (político-legal ou jurídico-institucional) de luta, o movimento tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares e o que Berlinguer chamou de "o verdadeiro caráter revolucionário da Reforma Sanitária, que é a saúde das pessoas"[88].

---

[87] Esse processo foi analisado por diversos autores: Abrasco, 1989; Paim, 1989; 1990; Campos, 1989; 1990; Santos, 1990; Luz, 1991, entre outros.

[88] Observação feita pelo senador italiano Giovanni Berlinguer em sua participação no seminário "Análise Comparada das Reformas Sanitárias: Brasil e Itália" promovido pela equipe do Nupes, com o apoio do CNPq, na Ensp/Fiocruz, em julho de 1987.

Nos primeiros anos da Nova República, o movimento sanitário viveu um ciclo de euforia quando, inserido nas instituições de saúde, conseguiu promover uma inflexão na direcionalidade da política de saúde como um todo. Esse período foi caracterizado por alguns autores como a institucionalização do movimento sanitário, que perdera a base na sociedade civil e abandonara as propostas transformadoras em favor de simples reformas administrativas. Não há dúvida de que, excetuando-se a VIII CNS e a luta na Constituinte, a atuação do movimento sanitário esteve concentrada no plano das instituições de saúde. No entanto, as duas exceções foram profundas e marcantes, atenuando as supostas tendências 'institucionalizantes'..

A VIII CNS foi um marco para as várias vertentes do movimento sanitário – o Cebes, a Academia (Abrasco) e os profissionais de saúde –, assim como um *locus* de constituição de novas vertentes, como o Movimento Popular de Saúde (Mops) e o Movimento dos Secretários Municipais de Saúde. Como testemunham alguns pesquisadores (Alves *in* Nupes, 1988 e Müller Neto, 1991), nela esses novos atores reconheceram-se como interlocutores da política de saúde e integrantes do movimento transformador – o movimento sanitário, ainda que com propostas específicas e conduções particulares. Marcou, também o fim de um ciclo ideológico, com a formação de uma proposta consensual das necessárias transformações do setor saúde (a Reforma Sanitária) e o início das transformações no interior do próprio movimento sanitário.

Durante as lutas da Constituinte, o movimento sanitário encontrou-se com seu objeto 'ausente' – as organizações populares e de trabalhadores em geral – através da sua participação na Plenária Nacional de Entidades pela Saúde, superando ou atenuando a separação entre suas vertentes constitutivas. A Plenária Nacional de Entidades de Saúde[89] retratou uma nova institucionalidade e uma organicidade diferenciada do movimento sanitário. Se congregou um espectro mais amplo de entidades com diferentes bases sociais, também estabeleceu uma relação mais orgânica entre as vertentes que constituíam originalmente o movimento e as vertentes que então se incorporaram.

A 'nova' configuração do movimento sanitário, a Plenária de Entidades, se manteve ativa e atuante durante todo o período constitucional e posteriormente nas discussões, negociações e lutas para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde. O fato de se ter conseguido inserir na Constituição a saúde como direito universal, integral, descentralizado, acessível e

---

[89] A Plenária Nacional de Entidades de Saúde estava constituída por entidades representativas do movimento popular (Mops e Conam), do movimento sindical (CUT, CGT e Contag), dos profissionais de saúde (Federações, Confederações, Associações Nacionais, Sindicatos e Conselhos de uma vasta gama de trabalhadores da saúde), dos partidos políticos (PCB, PC do B, PT e PSB) e de representantes da Academia (Abrasco, Departamento Nacional de Estudantes de Saúde da UNE, entidades científicas) além de entidades representativas setoriais como o Cebes, o Conass e o Conasems.

democrático, constituído por um conjunto de práticas que extrapolam o setor institucional da saúde, deve-se à existência de uma ampla frente de forças políticas, articuladas em torno de um projeto comum (que lhe confere identidade); frente suprapartidária e organizada ao redor das práticas teóricas, ideológicas e políticas.

A partir de então, o movimento sanitário assumiu uma configuração diferenciada daquela de sua origem, incorporando novas vertentes, campos de atuação e problemáticas, em uma conjuntura também diferenciada daquela de suas origens e articulação como movimento social. Daí surgirem alguns conflitos que constituem 'dilemas' ou pontos de tensão no próprio movimento.

A ampliação e diversificação da base de apoio da proposta de Reforma Sanitária e o aprofundamento das identidades partidárias, na sociedade em geral e no movimento em si geraram conflitos em sua maioria táticos, mas por vezes estratégicos, na condução e implementação da proposta. No interior da Plenária Nacional de Saúde e de entidades como o Cebes e a Abrasco, a discussão das alternativas passou a sofrer uma forte polarização ideológica entre os partidos representados, tendendo a corroer a unidade do movimento sanitário obtida no período autoritário.

Mesmo com poucas divergências nas propostas partidárias em relação à saúde – fato que ficou evidente nas plataformas dos partidos quando das eleições presidenciais[90] –, políticos e intelectuais se manifestaram para traçar no interior do movimento sanitário uma linha divisória entre os socialistas e os social-democratas. Campos (1988) enfatizou a diferença entre as parcelas 'oficialistas' e as "verdadeiramente ligadas à construção de um projeto de democracia socialista". Argumentou-se, inclusive, que a hegemonia do bloco ideológico progressista pelos social-democratas poderia conduzir a "uma sociedade modernizada e embasada na cidadania, mas certamente sem atingir o homem, que continuaria condenado à pré-história da humanidade" (Gallo & Nascimento, 1989:116).

Os movimentos dos profissionais de saúde modificaram-se ao longo desse período. Nos 'anos Geisel' a atuação predominante era oriunda dos sindicatos (em particular, dos médicos) que, sob a condução do Reme, lutavam por melhores condições de trabalho e salário, no interior de uma proposta de melhores condições de saúde e de atendimento da população, atuação que extrapolava as reivindicações corporativas. Nas conjunturas posteriores, modificou-se o caráter das reivindicações sindicais e deslocou-se para o âmbito dos conselhos o eixo de uma luta política mais geral.

Sem desconsiderar a conjuntura (tão prolongada) de crise econômica e os salários aviltantes dos profissionais de saúde vinculados tanto ao setor público quanto ao setor privado, o recurso freqüente à greve gerou polêmicas no interior da categoria e na sociedade em geral. A 'questão' dos profissionais

---

[90] Ver *Saúde em Debate* (26):7-26, set. 1989.

de saúde foi freqüentemente apresentada como um dos nós górdios do processo de implementação da Reforma Sanitária. As análises enfatizaram o corporativismo acentuado das entidades sindicais e a distância ideológica dos profissionais em relação à proposta da Reforma Sanitária, que podia passar a significar uma mera 'palavra de ordem', sem qualquer vínculo com as práticas profissionais cotidianas.

Por sua vez, na vertente da Academia do movimento sanitário, passadas as fases de criação (as bases universitárias, a construção de uma teoria médico-social), e de expansão (de objetos do conhecimento, das bases institucionais), estabeleceu-se um movimento endógeno de autoformação e reprodução do conhecimento. Mesmo sem negar o caráter político do saber em saúde coletiva, essa vertente preocupou-se cada vez mais com o caráter científico de sua produção e com a qualificação dos agentes e dos produtos.

No entanto, esse movimento endógeno (o 'academicismo'), com todas as regras que deve cumprir para estabelecer-se no panorama acadêmico como 'científico', distanciou-se de sua prática política, imprimindo uma característica bastante diferenciada das de sua origem[91]. A prática teórica – construção e reprodução do conhecimento –, até então vinculada à prática política do movimento sanitário, deslocou-se desta, criando um hiato entre as suas três práticas constituintes.

Sem dúvida, a essas transformações das vertentes, em particular, e do movimento sanitário em geral corresponderam mudanças no processo. Constituídas as bases jurídico-legais (passada a Constituição e aprovada a Lei Orgânica da Saúde), o momento da proposta da Reforma Sanitária passou a ser eminentemente tático-operacional. A implementação da proposta encontrou dificuldades institucionais, originadas nas propostas neoliberais do governo federal (governo Collor), assim como na prática cotidiana dos profissionais de saúde. Essas dificuldades de implementação das conquistas legais minaram a principal base de apoio da Reforma Sanitária – a dos usuários dos serviços de saúde.

O processo da Reforma Sanitária ingressou em um momento caracterizado por ser eminentemente de base local, municipal. Com isso, ao mesmo tempo em que se ampliou a base de apoio à proposta, vinculando-se um número maior de dirigentes municipais progressistas ao processo político-ideológico, introduziram-se novos desafios. A base municipal requer táticas operacionais de implementação da proposta, 'como fazer as coisas acontecerem', exigências apresentadas à vertente de produção de conhecimento do movimento sanitário.

---

[91] Há que destacar a exceção dos Núcleos de Saúde Coletiva, que surgem como resposta às demandas de preparação de recursos humanos, assessoria e pesquisa, oriundas do processo da Reforma Sanitária, mantendo, portanto, um estreito vínculo entre as práticas. No entanto, não foi possível avaliar o desenvolvimento de seus trabalhos.

A base municipal ampliou, diversificou e dispersou as preocupações, existindo um conjunto significativo de dirigentes municipais que apoiaram a proposta na medida em que ela poderia significar a canalização de recursos financeiros, sem aderir ideologicamente aos seus princípios mais gerais. Assim, a heterogeneidade das experiências, a pluralidade de interesses e as necessidades operacionais, três elementos característicos de um processo de descentralização e democratização da política de saúde, trouxeram dilemas importantes para o movimento sanitário.

Ao longo do tempo[92], o movimento sanitário foi analisado por diferentes pesquisadores. Para alguns, ele simplesmente não existe. Trabalhando a trajetória da política de saúde na década de 80, Madel Luz (1991:28) destaca a "ascensão de uma tomada de consciência, da parte da sociedade civil, expressa nos movimentos sociais dos últimos dez anos, do papel da saúde e das instituições médicas na vida coletiva (...) embora restrita aos movimentos de vanguarda da sociedade civil (associações de moradores, movimentos 'civis' vários, sindicatos etc.)". A autora, assim como Costa (1989), não identifica uma organicidade, uma unidade de discurso e de atuação nesse conjunto de movimentos.

Outros autores reconhecem teoricamente a existência desse ator coletivo, mas o caracterizam por meio de algumas de suas vertentes ou âmbitos de atuação. Assim, Oliveira (1989:36) refere-se a "setores ditos 'progressistas' da tecnoburocracia governamental, isto é, que vêem a si próprios como aliados, ou como porta-vozes de interesses de setores subalternos da sociedade civil". Já Campos (1988:183) definiu o processo subseqüente à VIII CNS e a criação da CNRS como "um dos principais instrumentos de atuação política do que poderia ser denominado como o 'partido sanitário da ordem'".

Entretanto, um conjunto significativo de autores reconhece teoricamente a existência, a configuração e a organicidade de um ator coletivo, denominando-o indistintamente movimento sanitário, com ou sem aspas, ou movimento democrático na saúde, movimento pela (da) Reforma Sanitária e rede de medicina social. Dentre esses está Cordeiro (1991), que, sem se deter na caracterização teórica, assume o conceito de movimento sanitário e, ao longo de todo o seu livro, tem como referência as propostas desse ator coletivo para analisar os rumos da política de saúde na Nova República. Cohn (1989) analisa o processo da Reforma Sanitária, reconhecendo a existência do ator coletivo – que denomina movimento reformista sanitário brasileiro – e assinala: "Impõe-se que se explicitem e enfrentem os dois termos da expressão Reforma Sanitária: o político e o técnico, sem uma concepção dualista de oposição ou mesmo de negação entre ambos. Mais do que sua expressão, os dois termos compõem as dimensões essenciais do 'movimento da Reforma'...".

---

[92] Referência ao tempo transcorrido entre a defesa da tese (dezembro de 1987) e a redação do posfácio (novembro de 1991).

Autores como Paim (1990; 1991), Mendes (1991), Arouca (1990; 1991), Teixeira (1988; 1989) e Rodriguez Neto (1988; 1991) dão por assentada a existência desse ator coletivo e, em seus estudos, buscam desvendar impasses ou contradições e apontar conquistas do movimento sanitário nas diferentes frentes de atuação. Mesmo Campos reviu trabalhos anteriores: define "o denominado movimento sanitário – este ajuntamento de profissionais, intelectuais e trabalhadores, todos mais ou menos socialistas e vinculados ao campo da saúde..." (1991a:174), e analisa: "Nós, integrantes do movimento sanitário, não temos sabido combinar a construção de uma contra-hegemonia – segundo a estratégia de uma guerra de posições, teorizada em primeira mão por Gramsci –, com a conseqüente implementação de pequenas alterações legais ou institucionais possíveis em várias circunstâncias" (1991b:229).

Assim, todas essas contribuições teóricas reconhecem a existência de algo diferente de 'setores progressistas da burocracia', 'elite sanitária' e 'partido sanitário' e contribuem decisivamente para a análise desse ator coletivo e de suas estratégias de atuação na construção da Reforma Sanitária brasileira.

O movimento sanitário apresenta-se, ao final de 1990, com uma nova configuração, frente a uma nova conjuntura e com novos dilemas internos e desafios externos a enfrentar. Para Touraine (1976), os novos movimentos sociais caracterizam-se por compartilharem um projeto, um inimigo e uma prática de ação transformadora. A configuração do movimento sanitário introduziu novas problemáticas ao projeto comum de Reforma Sanitária. À medida que se incorporam outras vertentes, surgem também diferentes 'leituras'. No entanto, defende-se aqui que existe no projeto um núcleo comum, que passa pela implementação dos preceitos constitucionais de universalização, democratização e descentralização, em um verdadeiro movimento de defesa da vida e das condições de saúde da população brasileira.

O inimigo comum do movimento sanitário está identificado nas diversas facetas que o projeto neoliberal em saúde assume, tanto em seus diferentes âmbitos governamentais quanto em suas diversas práticas assistenciais. Não há qualquer possibilidade de acordo entre propostas tão distintas em seus princípios fundamentais.

E a prática de ação transformadora do movimento sanitário? Em 1990, enfrentamos impasses concretos de implementação da proposta reformadora – tanto pelas características do executivo federal (governo Collor) quanto pela dificuldade de superar determinadas orientações normativas do modelo assistencial que se revelaram inadequadas ou permitindo enfrentar apenas parcialmente os graves problemas de saúde da população brasileira e o quadro vigente de atenção à saúde.

Por condições internas do movimento e gerais da sociedade brasileira, um ciclo do processo de transformação se esgotou e o movimento sanitário parece estar em 'tempo de muda': não tem conseguido ultrapassar as dificuldades estratégicas na reconstrução de seu próprio projeto. No entanto,

não se pode desconsiderar a prolongada atuação de uma entidade representativa como o Cebes, criada em 1976.

Isso quer dizer que o movimento sanitário não existe mais? A diversidade de práticas e de vertentes, cada vez mais acentuada, conduziu a uma desconfiguração do movimento sanitário como um movimento social, ficando apenas como ‘registro histórico’?

O movimento sanitário ainda existe, com suas ambigüidades e contradições. Sua prática de ação transformadora não depende de voluntarismo, mas das condições políticas. Portanto, como movimento social (diferentemente dos partidos), é um espaço virtual de articulação de diversas forças sociais que pode ser socialmente interpelado e reaparecer no cenário.

Em relação ao nosso objeto de luta, à falta de condução do movimento sanitário como um todo, à heterogeneidade das vertentes, ao exercício de convivência plural e democrática, há uma série de desafios a enfrentar para que possamos recuperar a prática transformadora em um patamar superior de qualidade. Isso é desejável, mas não previsível. É parte da ação política do movimento. Cabe aos integrantes individuais e coletivos do movimento, em conjunturas políticas específicas, conseguir se rearticular e continuar atuando, enfrentando, de maneira criativa, o desafio de concretizar uma *Reviravolta na Saúde*.

# Referências Bibliográficas


ABRASCO. *A Experiência Suds e os Desafios Atuais da Reforma Sanitária: contribuição da Abrasco ao processo de construção do Sistema Único de Saúde.* Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

AGUIAR, N. Modalidades assistenciais do Inamps. *Revista Brasileira de Educação Médica,* III (1): 13-18, 1979.

ALMEIDA, C. M. & OLIVEIRA, C. R. *O despertar da Phoenix? Algumas notas sobre a* instituição *Ministério da Saúde no período 1974-1978.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo.)

ALMEIDA, C. M. & PEGO, R. A. Organização dos serviços de saúde. In: Ibase. *Saúde e trabalho no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1982.

ALMEIDA, M. J. A. *Organização de Serviços de Saúde a Nível Local: registros de uma experiência em processo,* 1979. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ALVES, A. L. Movimento Popular de Saúde (Mops). In: Nupes. *Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira.* Rio de Janeiro, 2º relatório parcial, 1988.

ALVES, M. H. M. *Estado e Oposição no Brasil, 1964-1984.* Petrópolis: Vozes, 1985.

AMERERJ. *Boletim,* fev./mar., 1978.

AMERESP. *A União pela Regulamentação Trabalhista da Residência Médica.* São Paulo, 1977. (Mimeo.)

ANMR. Avanços e recuos nas resoluções da Comissão. *Sensu Lato,* 1 (2) :8, set./out., 1978.

ANMR. Por isso é hora de todo mundo pedir pela anistia! *Sensu Lato,* 1 (2) :4-5, set./out. 1978.

ANMR. Até quando lutaremos na Comissão? *Sensu Lato,* 1 (3):7, out./ nov., 1978a.

ANMR. No grito nas ruas a força da verdade. *Sensu Lato,* 1 (3):4-5, out./ nov., 1978b.

ANMR. Resolução nº 4 não é tudo na nossa luta. *Sensu Lato,* 1 (5):4-5, fev., 1979.

ANMR. XI Congresso Nacional dos Médicos Residentes. Relatório Final. Campinas, 1976. (Mimeo.)

ANMR. XII Congresso Nacional dos Médicos Residentes. Relatório Final. Olinda, 1977. (Mimeo.)

AROUCA, A. S. S. Anotações de conferências, 1979.

AROUCA, A. S. S. Crise brasileira e reforma sanitária. *Divulgação em Saúde para Debate* (4) :15-8, jun. 1991.

AROUCA, A. S. S. Reforma sanitária. *Saúde em Debate,* (29) :8-9, jun. 1990.

AROUCA, A. S. S. O *Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva,* 1975. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política.* São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

BERLINGUER, G. Saúde não se troca por dinheiro. *Saúde em Debate,* (9): 43, jan./mar. 1980.

BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social.* São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRASIL. Decreto Presidencial 78.307. *Diário Oficial da União,* Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria lnterministerial 001/76. Brasília, 20 de julho de 1976.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Saúde. Relatório Final. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE POLÍTICA DE SAÚDE, 1, 1979, Brasília.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Reorganização da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social.* Brasília, 1983.

BRASIL. Comissão lnterinstitucional de Planejamento. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Cultura. Resoluções 06 e 07/84. Brasília, 3 de maio de 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Relatório final.

BRASIL. Decreto Federal nº 94 657, 20 de julho de 1987. *Diário Oficial da União,* Brasília, 1987.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União,* Brasília, 1990.

BRASIL. Presidência da República. *Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento* (1975-1979). Brasília, s/d.

BRESSER PEREIRA, L. C. *Pactos Políticos: do populismo à redemocratização.* São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRIGAGÃO, C. *A Militarização da Sociedade.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BUSS, P. M. A Experiência do Programa de Apoio às Residências em Medicina Social, Medicina Preventiva e Saúde Pública, PAR-MS/ MP/SP. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,* (v. 1). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1982.

CAMPOS, F. E. et al. *Investigação Nacional sobre* o *Ensino da Medicina Preventiva.* Rio de Janeiro: Peses/Fiocruz/Finep, s.d.

CAMPOS, G. W. S. *Os Médicos e a Política de Saúde: entre a estatização e* o *empresariamento, a defesa da prática liberal da medicina*, 1986. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

CAMPOS, G. W. S. A política de financiamento e de gestão do Suds – considerações para debate. *Saúde em Debate,* (25):25-7, jun. 1989.

CAMPOS, G. W. S. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F. & CAMPOS, G. W. S. *Reforma Sanitária Itália e Brasil.* São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1988.

CAMPOS, G. W. S. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. *Saúde em Debate,* (28):24-7, mar. 1990.

CAMPOS, G. W S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida.* São Paulo: Hucitec, 1991a.

CAMPOS, G. W S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde,* 1991b. Tese de Doutorado, Campinas: FCM/Universidade de Campinas.

CARDOSO, F. H. Os regimes autoritários na América Latina. In: COLLIER, D. (org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CARVALHO, O. N. P. AMERJ: uma heróica trajetória em defesa da categoria médica. *Revista do Cremerj,* s/d.

CEBES. Residência médica analisada em recente congresso. *Saúde em Debate,* (1):5, out./dez. 1976.

CEBES. Crise de crescimento. *Saúde em Debate,* (5): 63-4, out./dez 1977.

CEBES. Editorial. *Saúde em Debate,* (1) :3, out./dez. 1976.

CEBES. Informes. Controle da natalidade e medicina comunitária: temas do VIII ECEM. *Saúde em Debate,* (1): 5-6, out./nov./dez., 1976.

CEBES. Londrina, 4 a 9 de abril, vem aí a IV SESAC. *Saúde em Debate,* (2): 58-9, jan./ mar. 1977.

CEBES. Núcleo São Paulo. *Reunião geral; documento apresentado pela diretoria.* São Paulo, 7 nov. 1979a. (Mimeo.)

CEBES. O debate foi aberto saúde é o tema. *Saúde em Debate,* (2) :60-1, jan./mar. 1977.

CEBES. *Saúde em Debate,* (4), jul./set. 1977.

CEBES. Plataforma do Movimento Renovação. *Saúde em Debate* (5): 77-8, out./dez. 1977.

CEBES. Reme contra o imobilismo, venceu eleições no Rio. *Saúde em Debate* (5): 75-6, out./dez., 1977.

CEBES. A questão democrática na área de saúde. *Saúde em Debate,* (9):11-3, 1980.

CEBES. Plataformas de saúde: confira os seus candidatos. *Saúde em Debate,* (26) :7-26, set. 1989.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova,* (19):123-140, nov. 1989. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. *Documentos I, II e III.* Rio de Janeiro, 1987.

CONGRESSO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES, 11., Campinas, 1976. *Relatório final.* Campinas, ANMR, 1976.

CONGRESSO NACIONAL DE MÉDICOS RESIDENTES, 12., Olinda, 1977. *Relatório final,* 1977. (Mimeo.)

CORDEIRO, H. A. Políticas de saúde no Brasil: 1970-1980. In: Ibase. *Saúde e Trabalho no Brasil.* Petrópolis: Vozes, 1982.

CORDEIRO, H. A.; FIORI, J. L. C. & GUIMARÃES, R. F. N. *A questão democrática na área de saúde: proposta para um debate.* Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo.)

CORDEIRO, H. A. *Sistema Único de Saúde.* Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COSTA, N. R. Transição e Movimentos Sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária. In: COSTA, N. R.; MINAYO, C. S.; RAMOS, C. L. & STOTZ, E. N. (orgs.). *Demandas Populares; Políticas Públicas e Saúde.* Vol. I: Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis: Abrasco/Vozes, 1989.

CREMERJ. Nota oficial. Rio de Janeiro, 10 de julho de 1978.

CREMERJ. Ofício S-0728/78 ao presidente do Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro, abril de 1978.

DA ROS, M. A. *Um Drama Estratégico:* o *movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina,* 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

DE GÓES, W. & CAMARGO, A. O *Drama da Sucessão e a Crise do Regime.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,* (v. 2). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1983.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade.* São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade.* São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELIAS, P. E. H. *Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência,* 1987. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ENCONTRO CIENTÍFICO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, 9., 1977. *Relatório Final.* Florianópolis, 1977.

ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. Relatório Final. UFBA, Mestrado em Saúde Comunitária. Salvador, 1978, (Mimeo.) Tn: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,* (v.1). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1982.

ESCOREL, S. Movimento sanitário: revirada na saúde. *Tema* (11):5-7, Rio de Janeiro, Radis/Fiocruz, nov. 1988.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. M. F. (org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo, Abrasco/ Cortez, 1989.

FERRANTE, S. O Reme no Conselho. *Sinmed,* jun. 1978.

FORJAZ, M. C. S. *Da distensão à abertura política: os percalços da estratégia militar* (1974-1978), 1986. Relatório de pesquisa, São Paulo: Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas (Pesquisa n. 37).

GALLO, E. & NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. M. F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Abrasco/ Cortez, 1989.

GARCIA, J. C. Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E.D. (org.) *As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985. p.21-28.

GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed., 1983.

GENTILE DE MELLO, C. *A Medicina e a Realidade Brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

GENTILE DE MELLO, C. A medicina previdenciária. In: GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

GENTILE DE MELLO, C. O *Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981.

GENTILE DE MELLO, C. *Saúde e Assistência Médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1977.

GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

I ENCONTRO MUNICIPAL DO SETOR SAÚDE. Memorial, *Saúde em Debate, 7/8,* abr./mai./jun., 1978.

KUCINSKI, B. *Abertura: a história de uma crise*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

LABRA, M. E. 1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista. In: TEIXEIRA, S. F. et al. (coord.) Antecedentes da Reforma Sanitária. *Textos de Apoio*. Rio de Janeiro, Pec/ Ensp, 1988.

LANDMAN, J. & QUADRA, A. A. Convênio Mec/lnps: fato, fábula e fantasia. *Revista Paulista de Hospitais*, 26(2), 1978.

LAURELL, A. C. A saúde como processo social. In: NUNES, E. D. (org.) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.

LAURELL, A. C. Presentación, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas,* 84:5-8, 1976. apud: NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In:__(org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Látina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.

LENT, H. *O Massacre de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Avenir, 1978.

LUZ, M. T. *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *Saúde em Debate,* (32): 27-32, jun. 1991.

MACEDO, C. G.; SANTOS, L & VIEIRA, C. A. B. Uma experiência de formação de pessoal de saúde no Brasil. *Educación Médica y Salud,* 14(1): 62-75, 1980.

MACHADO, F. A. As possibilidades de controle social das políticas públicas. Belo Horizonte, 1987 (Mimeo.). *Revista de Administração Pública,* 22 (1)32-49, jan./ mar. 1988.

MAGALDI, C. & CORDEIRO, H. Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,* (v.2). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1983.

MÉDICI, A. C. As contribuições da economia à pesquisa em saúde coletiva. In: NUNES, E. D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas.* Brasília: Opas, 1985.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília, 1991 (Mimeo.) In:__(org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993: 1991.

MORAES, S. A. A implantação de um programa de saúde comunitária; relato da Secretaria de Saúde de Campinas, *Saúde em Debate,* 7/8, abr./ mai./jun. 1978.

MOVIMENTO RENOVAÇÃO. Editorial: o balanço de uma campanha. *Saúde em Debate* (5): 76-8, out./dez. 1978.

MÜLLER NETO, J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate,* (31):54-66, 1991.

Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde. *Estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira.* Rio de Janeiro, 1987. (Mimeo.)

NUNES, E. D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In:__(org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina:* tendências e perspectivas. Brasília, Opas, 1985.

O'DONNELL, G. & SCHMITTER, P. C. *Transições do Regime Autoritário: primeiras conclusões.* São Paulo: Vértice, 1988.

O'DONNELL, G. Tensões no estado autoritário-burocrático e a questão da democracia. In: COLLIER, D. (org.) *O Novo Autoritarismo na América Latina.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.* Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, J. A. A. Reformas e reformismos: para uma teoria política da reforma sanitária (ou, reflexões sobre a reforma sanitária de uma perspectiva popular). In: COSTA, N. R.; MINAYO, C. S.; RAMOS, C. L. & STOTZ, E. N. (orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde.* VoI. 1: Ciências Sociais e Saúde Coletiva. Petrópolis: Abrasco / Vozes, 1989.

PAIM, J. S. Medicina preventiva e social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. *Saúde em Debate,* (11): 57-9, 1981.

PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica,* 9 (2): 88-94, 1985a.

PAIM, J. S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *Revista Brasileira de Educação Médica,* 9 (3): 207-15, set./ dez. 1985b.

PAIM, J. S. Nascimento e paixão de uma política de saúde. *Saúde em Debate* (27):5-11, dez. 1989.

PAIM, J. S. Obstáculos não superados na implantação do Suds-BA. *Saúde em Debate,* (28):16-21, mar. 1990.

PAIM, J. S. Para que o sistema único de saúde seja para valer. *Saúde em Debate* (29) :7, jun. 1990.

PAIM, J. S. A universidade e a reforma sanitária. *Divulgação em Saúde para Debate,* (4):108-16, jun. 1991.

PARTIDO COMUNISTA BRASILEIRO. *PCB: Vinte anos de política,* 1958-1979. São Paulo: Lech, 1980.

PELEGRINI FILHO, A. et al. *Piass: o relato e a análise de uma experiência*. Brasília, 1979. (Mimeo.)

PELLEGRINI FILHO, A. & NICOLETTI, L. Pesquisa em Saúde Coletiva. Documento preliminar à reunião de avaliação do programa de saúde coletiva Finep/CNPq. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Estudos de Saúde Coletiva,* (v.4). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1986.

PELLEGRINI FILHO, A. Propostas de modelos de saúde; comunicação realizada durante a V SESAC. *Saúde em Debate, (7/8)*:14-7, abr./jun. 1978.

PENA, M. V. J. Saúde nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. *Dados,* (16): 69-96, 1977.

PEREIRA, A. T. S. *Profissionais de Saúde numa Instituição de Estado: relato de uma experiência,* s/d. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

PESES-PEFPE. *A Fiocruz e a relação com os programas. Comentários relativos ao desempenho das atividades: 1975-1977;* Documento de trabalho. Rio de Janeiro, 1978. (Mimeo.)

PICALUGA, I. F. *Histórico recente do setor saúde.* Rio de Janeiro: CNPq, 1979. (Mimeo.)

PLUS. *Considerações do Gep/Sam paralelas à execução do Plano,* 1976. (Mimeo.)

RAMOS, C. L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M. C. S. (org.) *A Saúde em Estado de Choque.* Rio de Janeiro: Fase/ Espaço e Tempo, 1986.

REIS, F. W. & O'DONNELL, G. (org.). *A Democracia no Brasil - dilemas e perspectivas.* São Paulo: Vértice, 1988.

RODRIGUEZ NETO, E. Perspectivas del Sistema Único de Salud en Brasil. Aspectos jurídico-legales. *Cuadernos Médico Sociales,* (55):35-44, mar. 1991.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição,* 1988. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ROSAS, E. J. & CAMPOS, F. E. Na IV SESAC; estudantes e profissionais: pela democratização da saúde. *Saúde em Debate,* (4):69-70, jul./set./1977.

ROSAS, E. J. *A Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde no Brasil; Piass - análise de uma experiência,* 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

SANTOS, N. R. O Suds, o Sus, os vetos e a sanção do projeto. *Saúde em Debate* (30) :5-7, dez. 1990.

SILVA, P. L. B. *Atenção à Saúde como Política Governamental,* 1984. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Ciências Sociais, IFCH/Universidade de Campinas.

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Residentes em greve. *Sinmed,* fev. 1978a.

Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Sindicalismo na área de saúde. *Sinmed,* abr.1978b. Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. Posição. *Sinmed, jun.* 1978c. Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro. A arbitrariedade do CFM. *Sinmed,* set./ out. 1978d.

SOBRINHO, D. F. *Autoritarismo e Política Social: os programas de 'medicina simplificada' no Brasil,* 1984. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Departamento de Ciências Políticas, Universidade Federal de Minas Gerais.

ST/GEIN/PIASS. *Alguns apontamentos para uma discussão crítica sobre a condução geral do Piass.* Brasília, 1978. (Mimeo.)

ST/GEIN/PIASS. *Documentos I, II, III e IV para a 43a. reunião ordinária do Gein.* Brasília, 1979. (Mimeo.)

ST/GEIN/PIASS. *Piass - o programa de interiorização das ações de saúde e saneamento; suas metas, sua programação e sua evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos (Prevsaúde).* Brasília, 1980 (Mimeo.)

STEPAN, A. *Os militares: da abertura à Nova República.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Ainda sobre a greve dos médicos. *Saúde em Debate,* (7/8): 44-51, abr./jun. 1978.

TAVARES, M. C. & ASSIS, J. C. O *Grande Salto para o Caos: a economia política e a política econômica do regime autoritário.* Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

TEIXEIRA, S. M. F. & MENDONÇA, M. H. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. M. F. (org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Abrasco/Cortez, 1989.

TEIXEIRA, S. M. F. et al. (coord.) Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: *Textos de Apoio,* Pec/Ensp, 1988.

TEIXEIRA, S. M. F. (org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Abrasco/Cortez, 1989.

TEIXEIRA, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. In: NUNES, E. D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas.* Brasília, Opas, 1985.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública,* 21 (4):94-115, out./dez. 1987.

TEIXEIRA, S. M. F. Participação popular: uma prioridade a ser repensada. *Tema,* (11):19-20, nov. 1988.

TEIXEIRA, S. M. F.; PACHECO, M. & AROUCA, A. S. S. *Programa Integrado de Saúde: primeiro relatório.* Rio de Janeiro, Financiadora de Estudos e Projetos, 1978 (Mimeo.)

TESTA, M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In: NUNES, E. D. (org.) *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília, Opas, 1985.

TOURAINE, A. *Les Societés Dependantes: essais sur l'Amerique Latine*. Paris: Ed. du Culote, 1976.

UCHÔA, H. W & PAIM, E. R. A Experiência da Ensp com a descentralização do curso de saúde pública. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. *Ensino de Saúde pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil,* (v.1). Rio de Janeiro, Abrasco/Pec/Ensp, 1982.

VAN STRALEN, C. J. *O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas: um programa social como processo político,* 1985. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Departamento de Ciências Políticas, Universidade Federal de Minas Gerais.

VEJA, 4 de outubro de 1978. Classe agitada; nos conselhos os médicos em luta de gerações.

VERAS, R. P. *A Abem e as Transformações da Prática Médica no Brasil,* 1981. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.